BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.



Imprimerie de Hennuyer et Turpin, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ, MÉDECIN DES DISPENSAIRES, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ; RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME VINGT-SEPTIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1844

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA CONJECTURE ET DE LA PROBABILITÉ EN MÉDECINE.

S'il était possible de nous transporter aux diverses époques révolutionnaires de la médecine, nous verrions que dans leur cours plus ou moins rapide, les médecins, exaltés par quelque découverte importante ou frivole, par quelque doctrine vraie sous quelques rapports, ont cru posséder enfin la réalité dans la science et la pratique, ou du moins qu'ils en avaient approché de beaucoup. C'est pour ainsi dire une habitude de l'esprit humain de juger le progrès par le bruit, par le mouvement, par le fracas; souvent aussi par des idées simplement modifiées, mais qu'on a l'art de présenter sous de nouveaux aspects. Je me souviens qu'au commencement de ce siècle, encore élève, les découvertes faites en chimie, les travaux de Bichat, le mouvement imprimé à la chirurgie par Desault, mais surtout la *nosographie* plus ou moins philosophique de Pinel, firent croire à de grands, à d'immenses progrès de la médecine; on paraissait imbu, pénétré de cette idée; admise dans les écoles, dans les livres, dans les journaux, elle était passée à l'état de *fait accompli*. Il y avait bien quelques sceptiques, tels qu'Alphonse Leroi, Petit-Radel et surtout Corvisart, qui ne croyaient guère à cette presque infaillibilité de notre art. Cependant on les laissait dire, et les chants de triomphe continuèrent pendant plusieurs années; la médecine sem-

blait avoir enfin trouvé sa voie, il n'y avait plus qu'à observer et analyser. Broussais vint : le tonnerre de sa parole, la vivacité de ses attaques, la hardiesse de ses affirmations, inspirèrent d'abord des doutes sur les méthodes précédentes, et l'édifice Pinélien trembla sur sa base. Enfin, se confiant dans les principes de la *nouvelle doctrine*, comme on disait alors, la foule des médecins crut que la science avait posé d'inébranlables assises, qu'elle était parvenue à ce haut degré de certitude expérimentale si désiré, si désirable, mais malheureusement impossible à obtenir. Le principe générateur de cette doctrine paraissait si vrai, les conséquences si justes, les faits si concordants, la logique du système et ses applications si bien en harmonie, qu'on crut avoir une médecine réelle, solide, invariable, en un mot *positive*, mot excellent pour fasciner et qui fascina. Toutefois le temps aidé de l'expérience appliquant sa redoutable et inflexible règle aux principes de la théorie, quelques-uns se trouvèrent fondés, la plupart furent jugés et sont restés faux, exagérés, vus au microscope systématique, par conséquent exclusifs et erronés. La doctrine a croulé : quelques débris formés d'anciennes idées, voilà ce qui aujourd'hui reste debout, voilà l'*ultimatum* de tant de travaux, d'efforts et de bruit. Qui est-ce qui croit maintenant que l'état morbide n'est que l'exagération de l'état physiologique ? que l'irritation est le phénomène radical de presque toutes les maladies ? que l'axiome du *plus* ou du *moins* est applicable dans tous les cas, etc., etc. ? Il est évident que Broussais avait expliqué plutôt les faits par ses vues, qu'il n'avait prouvé ses vues par les faits.

A ce temps d'agitation et de vive polémique a succédé notre époque, où la confusion des idées est telle qu'on peut croire qu'il n'existe pas de doctrines médicales. On s'en rapporte aux faits, aux observations, aux histoires individuelles des maladies ; alors on les multiplie sans mesure, on les compte, on les range en colonnes de chiffres, puis on établit des moyennes, mais peu ou point de conclusions ; ou bien ces conclusions, quand il en existe, sont tellement contradictoires, controversées, admises ou réfutées, que le doute reste à jamais implanté dans les esprits. Qui ne gémit du chaos où la science se trouve aujourd'hui plongée à force d'analyses partielles, de travaux fractionnés ? Aussi notre temps ne paraît nullement destiné à prendre rang parmi ces grandes époques ou *siècles*, comme on dit, qui comptent entre tous, qu'on devine de loin, et qui se résument quelquefois dans un principe, dans une doctrine. En fait de théorie, nous vivons encore sur les anciennes idées, plus ou moins adaptées à l'état actuel des choses ; ou plutôt la philosophie de la médecine, autrement dit l'âme de la science, manque tout à fait ; nul n'est assez hardi pour gravir les hauteurs de la synthèse, et pourtant

l'unité de la science est la vérité de la science. Toutefois, il faut en convenir, beaucoup de travaux et de bons travaux sont faits partiellement. Il y a des maladies étudiées sous des rapports nouveaux ; le diagnostic a fait de notables progrès ; enfin la thérapeutique, dont ce journal est devenu depuis sa création l'intelligent et le fidèle organe, a fait et continue de faire de nobles efforts pour agrandir son cercle et augmenter nos moyens de guérison. On ne peut nier, assurément, qu'il n'ait été fait d'utiles, d'importantes conquêtes pour l'art ; mais ces acquisitions portent toutes sur des faits de détail : l'on manque toujours de principes généraux solides, en un mot d'une doctrine quelconque réunissant l'assentiment de la majorité des esprits.

Ce qui vient d'être dit ne saurait être envisagé comme un motif de découragement ; loin de là, nous dirons toujours que l'on trouve à force de chercher, que plus on creuse un sillon, plus il devient fertile. Mais il ne faut pas non plus se faire illusion, croire, comme on le répète chaque jour avec une aveugle confiance, aux immenses progrès de la médecine, assurer qu'elle est parvenue à un point de précision inconnu à nos devanciers, en un mot, qu'elle est certaine et positive. Non, malheureusement, il n'en est pas ainsi : l'obscurité des causes, le défaut d'appréciation de rapports entre les lésions et les symptômes, notre ignorance sur l'action réelle et intime des médicaments, l'impossibilité de faire rigoureusement la part de la nature et celle de l'art dans les guérisons qui ont lieu, n'expliquent que trop l'incertitude que nous éprouvons dans une infinité de cas, de savoir ce qu'il y a de mieux à faire, et par suite les cruels revers qu'éprouvent journellement les meilleurs praticiens. Combien nous sommes éloignés de posséder, je ne dis pas un *criterium* de certitude, ce qui ne sera dans aucun temps, mais des principes d'une évidence tellement lumineuse, qu'il n'y ait pas à s'y tromper ! A part quelques vérités vivaces et en petit nombre, nous en sommes réduits sur tous les points à chercher, à sonder, à explorer, quelquefois même à poser des problèmes ou insolubles ou inutiles.

La médecine paraît donc condamnée à rester dans les limites de la conjecture, et l'on ne peut dégager l'inconnu du célèbre théorème de Pitcairn que d'une manière bornée et conditionnelle. Soyons juste, il n'appartient qu'aux mathématiciens de chercher le vrai, les médecins doivent se contenter du *probable*. Il faut bien se convaincre de cette vérité, et notre science n'en sera ni moins digne ni moins élevée ; d'ailleurs, l'homme est bien moins sujet à se tromper quand il croit ignorer que quand il croit savoir. En effet, pour obtenir le *criterium*, ou abstrait fixe dont j'ai parlé, il nous faudrait savoir ce que c'est que la vie et l'organisme : or, nous sommes à cet égard dans une ignorance que

dix siècles de travaux ne dissiperont peut-être qu'imparfaitement. On a sollicité la nature de toutes manières pour en arracher quelques vérités ; souvent on a su l'interpréter avec justesse, l'interroger avec habileté, la poursuivre de toute la puissance intellectuelle du génie. On a saisi quelques aperçus, et l'on s'en glorifie ; puis quand on arrive aux applications, les résultats sont médiocres ou nuls, ou opposés aux espérances conçues. Il y a donc des régions scientifiques vierges encore de tout abord humain, et ces régions se trouvent en nous. Ainsi il est possible de comprendre jusqu'à un certain point le jeu des fonctions, et cependant les organes nous sont peu connus, car on est loin de connaître un organe lorsqu'on n'en sait que la structure, les formes, les tissus, les rapports généraux et extérieurs; mais la nature intime de ces mêmes tissus, les affinités vitales moléculaires, agrégatives ou divellentes, l'action des impondérables, sont couvertes pour nous d'un voile impénétrable. Il en résulte que l'altération *fonctionnelle* est pour nous très-évidente, l'altération *organique* peu appréciable, et l'altération *moléculaire* tout à fait inconnue. Comment donc établir des évaluations précises de ces diverses altérations, puisque c'est dans la profondeur même de l'organisme que se trouvent les sources de la vie, de la santé, de la maladie, de la mort? En partant du globule, qui constitue pour nous le point initial de l'existence, jusqu'à celui de la perfection de l'organisme et de son déclin, il y a une série d'actions et de réactions dans des nuances infiniment variées, mais dont l'influence paraît être inaccessible à nos recherches et peut-être à notre intelligence.

Il existe pourtant une lumière et des règles qui nous guident dans la pratique, et que nous implorons sans cesse. Or, d'où sont-elles tirées? Uniquement des faits, dira-t-on. Sans contredit : cependant que de mécomptes et que d'erreurs sur ce grand sujet! Toutes les vérités sont dans les faits, personne n'en doute; mais il s'agit de les en faire sortir et d'en vérifier la réalité; voici l'immense, l'insurmontable difficulté. Remarquons surtout que ces faits sont toujours les mêmes, qu'ils n'ont pas plus changé que notre organisme. Les fièvres, les inflammations, les affections à type nerveux, sont absolument les mêmes que celles qui ont été décrites par Hippocrate et les médecins des époques suivantes. N'est-il pas déplorable, après tant de siècles, tant de labeurs, tant de recherches, de n'avoir pu tirer encore de ces mêmes faits des principes solides, invariables, constamment applicables, universellement acceptés? En définitive, de quelle utilité sont les faits, s'ils ne servent à *illustrer* des idées? Malheureusement il n'en n'est pas ainsi. D'où proviennent d'aussi cruelles déceptions? On le sait, de l'interprétation même de ces faits. Comme nous n'en

connaissons que la surface, on les explique de mille manières, et les esprits trompés *specie veri* adoptent des opinions que de nouvelles interprétations changent, modifient, renouvellent dans une certaine période de temps. On voit ici dans quel sens borné il faut admettre cette assertion que le fait seul a un sens précis, une signification absolue, et comment on doit comprendre ce qu'on nomme la certitude expérimentale. Les faits sont, au contraire, et l'histoire de l'art en est la preuve, la matière très-ductile, très-malléable, soumise à l'intelligence humaine ; elle les étend, les refond, les plie, les conforme, sous le point de vue qui lui convient. Il n'est pas de fondateur de doctrine qui ne les ait expliqués à sa manière. Chaque systématique a prétendu de cette manière avoir connu et enseigné la vérité ; tous se disent initiés dans le sanctuaire, mais aucun n'a vu le Dieu : l'état actuel de la science ne le prouve que trop.

Cette différence de l'interprétation des faits varie tellement, même dans les doctrines établies, que lorsqu'il s'agit des applications on voit souvent les exceptions l'emporter en nombre et en valeur sur le principe. C'est là ce qui rend la médecine pratique éternellement incertaine, mobile, aventureuse, difficile; tantôt poussant en avant, tantôt revenant en arrière, sans obtenir un *fulcrum* inébranlable. Certes, on peut croire que les exemples ne nous manqueraient pas si nous pouvions entrer ici dans plus de détails. Les différences individuelles d'organisation, la variété des phénomènes, mille circonstances dont la plupart sont inconnues et inappréciables au jugement et à l'investigation du médecin, nous contraignent de rester dans un cercle très-borné d'action. Qu'arrive-t-il? C'est qu'on ne peut jamais conclure rigoureusement d'un fait de guérison à un autre fait qui semble analogue; c'est que, quel que soit le degré de similitude qui existe entre deux états pathologiques, cette similitude n'est souvent qu'apparente et trompeuse. Combien faut-il de symptômes analogues pour ranger deux affections sur la même ligne et les soumettre à un traitement identique? Nous n'en savons rien. Il en résulte que tel remède ne convient pas à la *même* maladie, et cela par des conditions dont la plupart nous échappent, que la valeur diagnostique attribuée à chaque symptôme varie d'un cas à l'autre, qu'un signe pathologique donné ne représente plus exactement les mêmes modifications organiques ni un même degré, en sorte que le médecin peut dire à tel ou tel symptôme : Que me voulez-vous, que m'apprenez-vous? et, par une conséquence fatale, que dois-je faire? Suis-je dans la bonne voie? le traitement est-il rationnel, convenable, ayant chance de succès? Des faits, des histoires particulières de maladies, l'abondance est extrême sous ce rapport; des vérités iso-

lées et flottantes, nous en possédons un certain nombre : des formules générales qui renferment, expliquent et lient une série de faits particuliers, nous en manquons, ou bien ce qu'on accepte dans ce genre est tellement controversé d'époque en époque, qu'elles restent toujours dans la sphère du doute et de l'incertain. On dit : Si la médecine ne veut point s'abjurer elle-même, elle doit partir de l'expérience pour partir de la lumière. Grand et beau principe que personne, je suppose, ne s'avisera de contester; mais c'est précisément cette expérience qui n'est elle-même jusqu'à présent qu'une lumière douteuse, car elle s'appuie sur des faits dont nous ne connaissons que la surface, et dont par cela même l'interprétation varie sans cesse. Or, selon Bacon, une pareille expérience trompe plus qu'elle ne guide. *Vaga enim experientia, et se tantum sequens mera palpatio est, et homines potius stupefacit quam informat.* (*Nov. organum*, cap. 1). Aussi faut-il, dans la plupart des affections pathologiques, recourir, quand on le peut, à ce sublime mais rare talent de démêler la vérité de la vraisemblance, autrement dit, s'en rapporter à la pénétration, à la sagacité du médecin, à son tact individuel, j'ai presque dit à sa divination.

Ces considérations ne renferment nullement une doctrine de scepticisme, ou j'aurais bien mal exprimé ma pensée. Mon intention a été seulement de prouver, d'une part, que la médecine est loin d'avoir cette espèce de certitude dont la gratifient certains médecins ; de l'autre, combien il est facile de se faire illusion sur les conquêtes de la science, avec quel soin il faut distinguer le véritable progrès du bruit des tentatives, des efforts, de l'agitation, du mouvement sur place. D'ailleurs, en parlant de *probabilité médicale*, n'est-ce pas soulever un problème des plus importants et dont on ne s'occupe guère? Qu'est-ce que cette probabilité? Connaît-on sa portée, son point de départ, ses limites? A-t-on estimé sa valeur, étudié ses variations, calculé sa progression? Autant de questions dont on n'a pas même essayé de donner la solution. Je l'ai dit ailleurs, et je ne crains pas de le répéter, parmi cette foule de productions de la presse scientifique, nul ne pense à faire un ouvrage des plus importants, des plus utiles, ouvrage de philosophie médicale transcendante s'il en fut jamais, c'est celui de la *probabilité* dans les applications de la science, c'est-à-dire dans l'exercice de l'art. Les symptômes, les signes, le diagnostic, n'en sont que des éléments, ils ne la constituent pas dans son ensemble. La probabilité médicale largement conçue, solidement établie, doit, par sa féconde virtualité, éclairer, avertir, guider le praticien. Ce n'est pas par des symptômes décrits pêle-mêle, donnés en bloc, comme il arrive trop souvent, qu'on peut atteindre le but; c'est par la loi de continuité des phénomènes et par leur juste appréciation

qu'on peut espérer la solution des questions précédemment exposées ; or, comme ces phénomènes diffèrent en valeur, la probabilité doit donc différer elle-même, et cela dans des proportions qui jusqu'à ce jour n'ont été évaluées que très-imparfaitement. Cette probabilité peut être faible ou très-grande, de là des *minima* et des *maxima*, termes extrêmes qu'il faudrait connaître et fixer, sans négliger les termes intermédiaires dans une bonne échelle de graduation. Ainsi énumérer, trier, classer, apprécier les phénomènes de chaque affection morbide, distinguer les permanents, les transitoires, les essentiels, les accessoires, les primitifs, les secondaires, ceux qui tiennent à la maladie, ceux qui dépendent du malade, du génie épidémique, du pays, de la saison, etc.; voilà quelle serait la marche à suivre pour s'élever du plus petit degré de probabilité touchant à la simple conjecture, jusqu'à ce *summum* de probabilité qui équivaut presque à la certitude. Travail important et d'une grande utilité pour chaque maladie en particulier, seul capable de guider le praticien dans sa prognose déductive et son plan de thérapeutique.

J'ai établi autrefois, et par forme d'essai, modifié depuis, trois tables de phénomènes classés d'après leur importance, et surtout d'après leur persistance. Parcourons rapidement cette échelle d'évaluation.

1° *Table de constantes*. Il faudrait comprendre dans cette table tous les phénomènes qui forment la base d'une maladie, si l'on peut ainsi s'exprimer, son caractère essentiel et fondamental, sa nature, tout ce qui la rend elle et non pas autre, d'une manière formelle et tranchée; enfin tout ce qui est, sur cette maladie, un fait constaté, une vérité démontrée, un problème résolu autant que possible. C'est dans cette classe que se trouvait ce que les anciens ont appelé signes *pathognomoniques*, signes malheureusement si rares et qui donnent tant de facilité pour la probabilité médicale. Croit-on que si nous avions une série bien établie de *constantes* pour chaque maladie, les données de la probabilité ne seraient pas plus évidentes, plus caractéristiques, plus saisissables qu'elles ne sont? Croit-on encore que si au lieu de classer les faits un par un, ce qui est une simple accumulation, assez semblable à la condition d'un squelette dont les os sont simplement numérotés et isolés, on ne serait pas arrivé promptement à d'importantes généralisations, se liant entre elles par des rapports plus ou moins étroits, bases réelles de la science, toute bonne théorie n'étant qu'un grand fait logique?

Quoi qu'il en soit, il y a des *constantes* dans une maladie, et ce sont elles précisément qu'il faut s'attacher à connaître, à étudier, à classer ; voilà l'axe solide auquel on doit rattacher les rayons qui peuvent jeter du jour sur toute la maladie. Cette étude bien faite conduit infailliblement à une probabilité plus ou moins élevée, formant une juste appré-

ciation des forces de la vie et de leurs différents états. Si la véritable *causa causans* d'une maladie nous échappe, au moins acquiert-on, par la catégorie génératrice des phénomènes bien suivis, par le soin de reconnaître, de classer les *constantes*, en distinguant les symptômes principaux, leur origine, leur durée, leur intensité, leur mode de succession et leur tendance; puis les altérations organiques réelles, positives, invariables, etc.; acquiert-on, dis-je, une somme de vérités, d'aperçus et de prévisions à l'aide desquels on obtient parfois d'étonnants résultats.

2° *Table de concomitantes.* Il y a toujours dans une maladie deux ordres de phénomènes qu'il faut saisir : d'abord ceux qui tiennent à sa nature, qui en sont la donnée fondamentale; nous les rangeons dans les *constantes*. Mais autour de cette donnée se groupent d'autres phénomènes qui s'y rapportent, qui s'y lient plus ou moins étroitement. Il y a une *pneumonie :* l'inflammation du tissu du poumon en est la nature, le point initial, le type exclusif; puis le degré d'intensité de cette inflammation, son étendue, l'époque de l'invasion, le crachement de sang, le point de côté, le plus ou moins de traction fébrile, etc., en forment les phénomènes principaux.

Mais l'étude du malade, son tempérament, ses forces, ses habitudes, son irritabilité physique et morale, sa patience, sa résignation, la comparaison à faire entre l'état des forces et la violence de l'attaque, la saison, la température, etc., telles sont les *concomitantes* de l'affection morbide; elles renferment toutes les remarques que l'observation clinique fournit chaque jour, lorsqu'on suit attentivement le cours d'une maladie; ce qui prouve qu'il ne faut rien négliger, rien oublier, rien omettre. C'était la méthode de Corvisart, si célèbre par la sûreté de son diagnostic. Aussi, comme on l'a observé, un peintre ne distinguait pas mieux que ce médecin les nuances des couleurs, ni un musicien toutes les qualités des sons; les moindres altérations du teint, de la couleur des yeux, de celle des lèvres, les diverses intonations de la voix, les plus légers mouvements dans les muscles du visage fixaient son attention; il n'était pas jusqu'à l'haleine, un léger degré en plus ou en moins de transpiration, qui n'eussent pour lui une échelle propre à assigner la valeur de l'état pathologique; car rien de tout cela n'était indifférent pour le jugement qu'il portait, et cela devait être. Toutes ces choses néanmoins ne constituent pas l'essence de la maladie, mais en les joignant aux *constantes*, en les rapprochant, en les coordonnant, on finit par obtenir des déductions, des idées totales qui conduisent à des probabilités de divers degrés, selon qu'on a saisi avec plus ou moins de sagacité la filiation phénoménale.

3° *Tables de variables*. Quelle est l'affection morbide qui n'a pas ses nuances, ses variétés, ses anomalies, suivant les causes qui la produisent, suivant les sujets qui la subissent? et comme c'est souvent dans les anomalies que se trouvent les probabilités heureuses ou fatales d'une maladie, c'est au médecin à en saisir le caractère. Les premiers maîtres de l'art, c'est-à dire les malades, nous avertissent toujours sur ce point important et parfois négligé. Aussi cette pneumonie, dont nous parlions tout à l'heure, quoique de nature inflammatoire, peut être bilieuse, quelquefois goutteuse ou rhumatismale; sa cause peut exister dans la suppression de la transpiration, d'une évacuation sanguine habituelle, etc. Il peut y avoir un défaut de conformation de la poitrine, une sensibilité toute particulière des organes pulmonaires, des tubercules déjà formés, etc. Ces phénomènes, qu'on n'observe pas toujours, ont pourtant de la valeur quand ils existent; ils aident le praticien à saisir les indications, à prévoir *l'intention* de la nature pour ce qui doit arriver. Il n'y a pas de maladie qui n'ait ses variables, soit à cause des agents extérieurs, dont l'action se modifie de mille manières, soit à cause des idiosyncrasies individuelles qui impriment à la maladie un caractère presque spécial.

Tels sont les trois degrés principaux d'estimation des phénomènes morbides à l'aide desquels on peut établir les bases de la probabilité médicale. On doit sentir que, ne pouvant donner ici des développements importants, ni multiplier les exemples, je ne trace ici qu'un dessin au trait, ou plutôt une simple esquisse sur cet important sujet. Ce que j'en ai dit néanmoins doit suffire pour prouver que la probabilité médicale réside essentiellement dans *la loi de génération des phénomènes;* en sorte qu'une chose étant donnée, on peut savoir ou présumer ce qui doit arriver dans une succession de temps et de phénomènes plus ou moins éloignés. J'ajoute que la méthode logique, qui me paraît la plus convenable pour suivre et appliquer cette loi, consiste dans des tables de progression ascendante ou descendante, afin de reconnaître l'élément constant, l'élément variable, ou, si l'on veut, le fixe et le mobile de chaque maladie. Quoi de plus important que de chercher à séparer l'essentiel d'une affection pathologique de ce qui n'est qu'accidentel ou passager; de distinguer du vrai rigoureux ce qui n'est que vraisemblable, les nuances qui séparent ce qui est le *plus* probable de ce qui l'est le moins? Les choses en apparence les plus minimes ont une importance réelle pour ceux qui savent les comprendre; mais aux grands esprits seuls il appartient d'en tirer l'enseignement qu'elles contiennent, et de les cataractériser d'une manière toute spéciale. Leibnitz ayant créé des êtres simples ou *monades*, les distribua en plusieurs classes. Il donna

aux uns la simple perception, P, et aux autres l'apperception, distinguée par deux PP, pour en noter le degré supérieur. Je voudrais de même qu'on indiquât dans chacune des tables de probabilités une *échelle d'évaluations* à partir de ce qui est moins rigoureux, pour s'élever jusqu'à la certitude, autant du moins qu'il est possible de l'obtenir. Ainsi les degrés d'intensité de chaque symptôme n'étant que relatifs, notable et importante différence dans la probabilité médicale, on pourrait établir une série de nombres ou de signes qui feraient connaître et les nuances et leur valeur. D'abord un *minimum*, puis en progressant numériquement jusqu'à un *maximum*, dont les limites pourraient encore s'éloigner d'après les progrès futurs de la science. De cette manière, le praticien aurait un moyen à peu près sûr de préciser la valeur de chaque symptôme, de posséder toujours assez d'idées positives pour jalonner une direction certaine. Enfin, aidé de cette espèce de Morbimètre, ne pourrait-il pas éclairer pas à pas sa marche, suivre la loi de génération des phénomènes, projeter le plus loin possible son regard et sa pensée sur l'avenir d'une maladie? Je ne sais si je m'abuse, mais il y a ce me semble dans ces considérations quelque fondement de rénovation scientifique qui pourra dans la suite porter d'heureux fruits : il ne faut qu'attendre. Au reste, quelle que soit la méthode qu'on emploie, ne portons pas nos espérances trop haut en médecine quand il s'agit de probabilités; longtemps encore nous sommes condamnés à rester dans le doute, dans la simple conjecture sur une infinité de points. Montesquieu, dans sa dernière maladie, demandait aux médecins en quelle raison étaient l'espérance et le danger. Zimmermann dit qu'il fallait répondre à la chinoise : « Un dixième va à la vie, et neuf dixièmes vont à la mort. » Eh bien! il s'en faut que nous puissions prononcer aussi nettement dans la plupart des cas. Il n'y a que les médecins dont les opinions ont pris racine dans un système qui aient cette assurance souvent démentie, car elle part d'une erreur fixe. Mais les hommes d'expérience, les éclectiques, les libres penseurs, qu'une sage réserve met en garde contre l'autorité des noms, contre les séductions du talent ou les prestiges de l'imagination, savent qu'il y a de nombreuses et faciles illusions dans l'estimation à tous ses degrés de probabilité médicale. Ayant appris à se méfier des apparences, des premiers aperçus, ils attendent, dans les cas difficiles, que leurs idées soient mûries par la méditation; en un mot qu'elles soient la représentation fidèle des choses ou des rapports qui sont entre les choses. La prudence humaine est figurée par un serpent : or, le serpent fut dans l'antiquité le symbole d'Esculape, il doit l'être encore à notre époque; et puis *quod medicorum est, promittunt medici*. Tenons-nous-en là, selon les lumières acquises, mais

dont il faut savoir se servir. Il nous faudrait des instruments d'une rare perfection, peut-être même un degré supérieur à notre intelligence actuelle, pour obtenir le vrai absolu en médecine, c'est-à-dire donner l'équation finale de la vie et de l'homme.

Reveillé-Parise.

LA FIÈVRE BILIEUSE NE DOIT PAS ÊTRE CONFONDUE AVEC LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

La fièvre bilieuse, avec les divers caractères que lui ont assignés les anciens observateurs, constitue-t-elle une individualité morbide, qu'il faut conserver dans un cadre nosologique complet, ou bien n'est-elle qu'une forme plus ou moins nettement dessinée d'une maladie plus générale, d'une maladie plus vigoureusement caractérisée, au point de vue sévère de la science? L'école de Broussais, suivant ici comme toujours les déductions logiques de l'idée fondamentale, sur laquelle elle voulait appuyer la pathologie, bien plus que l'observation rigoureuse des faits, n'a point hésité à ne voir dans l'ensemble des phénomènes, sous lesquels se produit la fièvre bilieuse, autre chose qu'une irritation du tube digestif fixée plus spécialement dans les parties supérieures de ce grand appareil, et retentissant par cela seul plus énergiquement sur l'organe sécréteur du liquide biliaire. Lorsqu'une étude plus attentive des lésions observées dans le tube digestif à la suite des pyrexies, et une appréciation plus exacte de la symptomatologie qui correspond à ces lésions, eurent montré que, s'il est impossible de méconnaître l'existence d'un traumatisme interne fort remarquable dans ces affections, on ne peut se refuser à admettre que ce traumatisme a au moins quelque chose de spécial, et qu'il se distingue profondément des altérations de la gastro-entérite proprement dite, on retomba immédiatement dans le système nosologique du professeur du Val-de-Grâce. Toutes les pyrexies continues furent placées sous la dépendance de l'inflammation spécifique de l'appareil glandulaire propre de l'intestin; et symptomatologiquement, devinrent de simples formes d'une affection identique, la fièvre typhoïde. Cette conception, tendant à simplifier la science sur un des points où elle venait d'être le plus fortement ébranlée, et propagée surtout par des hommes habiles, et à qui leur position assurait un grand ascendant sur les esprits, ne put manquer de faire fortune, et rallia, en effet, la plupart des praticiens, comme elle s'imposa à presque tous les auteurs qui, depuis Broussais, se sont occupés de pyrétologie médicale.

Mais par cela seul que les fièvres continues se présentent très-souvent à l'observation, qu'elles sévissent à tous les âges de la vie, et qu'on les rencontre dans toutes les conditions de température, d'alimentation, etc., où l'homme peut se trouver placé, il était inévitable que, s'il y avait erreur dans cette systématisation théorique, l'expérience vînt bientôt la démasquer, et ramener les esprits dans la voie de la vérité. C'est là, en effet, ce qui est advenu : les livres, peut-être, dans lesquels la science veut être présentée de façon à être plus facilement comprise, portent encore l'empreinte de cette conception erronée ; mais il est évident que de toutes parts les observateurs s'efforcent de distinguer de la fièvre typhoïde proprement dite toutes les pyrexies qui lui sont affines, mais qui s'en séparent et par leur nature, et par les expressions symptomatiques par lesquelles elles se traduisent à l'observateur, et par le mode de thérapeutique auquel il convient de les soumettre : nous disons que telle est aujourd'hui la tendance la plus générale, mais nous sommes loin de prétendre que nous sommes arrivés à une unité de doctrine qui soit susceptible d'être nettement formulée sur ce point important de pathologie.

Nous ne prétendons pas plus que tant d'autres, qui cherchent encore tous les jours à fixer la science sur cette haute question de pratique, nous ne voulons pas même envisager cette question dans la généralité philosophique ; notre seul but, dans cette courte note, est d'appeler l'attention des praticiens sur la réalité de la fièvre bilieuse, comme individualité morbide profondément distincte de l'affection typhoïde qu'elle peut compliquer, mais avec laquelle elle ne se confond jamais, de manière à n'être qu'une simple forme de cette grave affection.

Au milieu de la véritable épidémie de fièvre typhoïde qu'on observe à Paris depuis plusieurs mois, et qui semble toucher à son déclin, autant au moins qu'il est permis d'en juger par la gravité moindre des symptômes présentés par les malades, il n'a point été rare de rencontrer des malades atteints de fièvre bilieuse simple. Ce que nous avons vu, il est impossible que d'autres ne l'aient vu comme nous ; il est impossible, en effet, de ne point reconnaître cette maladie à l'ensemble des phénomènes qui la signalent. Tout le monde connaît ces phénomènes ; au lieu de répéter ici ce que l'on trouve avec tous les détails que le sujet comporte dans tous les auteurs qui ont étudié les pyrexies de ce point de vue, nous rapporterons quelques faits; les préoccupations théoriques ne peuvent rien sur ces tableaux vivants, en parlant un langage que tout le monde comprend.

Voici d'abord l'esquisse rapide d'un fait dans lequel la maladie, qui se présente tout d'abord avec un cortége de symptômes excessivement

graves, disparaît sans retour avec une très-grande facilité sous l'influence d'une médication appropriée.

Un militaire, désireux de ne point abandonner le détachement dont il fait partie, se met en route par une température fort élevée, et gagne avec une extrême difficulté l'étape à laquelle il doit s'arrêter. Arrivé enfin, il se couche immédiatement, en proie à une fièvre très-intense; il lui est impossible de se tenir debout, il a de violents étourdissements, des bourdonnements d'oreilles : il accuse surtout un sentiment de faiblesse qu'il n'a jamais éprouvé; l'appétit est complétement éteint, la face offre une teinte jaune très-prononcée : la langue est saburrale, il y a quelques nausées : le ventre est gonflé; on produit par la pression dans l'une et l'autre région iliaque un gargouillement intermittent; point de garderobe depuis vingt-quatre heures; la peau offre une chaleur mordicante, le pouls est très-fréquent. Une bouteille d'eau de Sedlitz est prescrite; des garde-robes nombreuses, bilieuses, ont lieu, sans coliques marquées. Le malade se sent immédiatement soulagé, et la nuit qui suit cette évacuation est bonne, le sommeil répare complétement les forces et met fin à ce sentiment de faiblesse, de courbature dont le malade s'inquiétait surtout. Après quelques jours de repos, ce militaire reprend sa route, avec cette conscience de vigueur, qui est le signe le plus certain d'une légitime convalescence.

Quelle dénomination imposer à une telle maladie? Une fièvre intense se développe, tout l'organisme est profondément perturbé, fonctions de relation, fonctions plastiques, tout est suspendu, ou au moins est frappé d'une sorte d'ataxie, au milieu de laquelle n'apparaît aucun effort conservateur. Dans cet état de choses, des garderobes abondantes, surtout bilieuses, sont artificiellement déterminées, et en quelques heures cette scène morbide s'efface, disparaît. Est-ce réellement se compromettre, que de faire dépendre tous ces symptômes de la pléthore bilieuse ? Nous avons peine à le croire. Quand vous saignez un individu pléthorique, placé sous la menace incessante de congestion sanguine vers des organes importants à la vie, si à la suite de cette évacuation du système vasculaire, vous voyez les phénomènes morbides disparaître immédiatement, vous ne balancez pas à affirmer un rapport entre ces phénomènes et l'état de l'organisme avec lequel ceux-ci coexistent : pourquoi ne point expliquer de la même manière la pléthore bilieuse, et la réaction simplement dynamique qui l'accompagne? Rien de plus légitime que l'assimilation, au point de vue curatif, de ces deux états morbides; dans les deux cas, la nature, par ses efforts spontanés, rend souvent inutile l'intervention de l'art; dans la pléthore sanguine, une épistaxis légère, une congestion hémorrhoïdale, etc., suffisent souvent pour réta-

blir le jeu normal des fonctions. Il en est de même dans la pléthore bilieuse; quelques selles bilieuses, survenues naturellement, mettent rapidement fin aux symptômes que cette pléthore avait développés.

Du reste, nous convenons que, lorsque l'ensemble des phénomènes que développe la turgescence bilieuse (qu'elle ait lieu dans les premières ou dans les secondes voies), se manifeste, comme on l'a observé dans ces derniers temps, au milieu d'une épidémie de fièvre typhoïde, il est difficile, dans quelques cas, de distinguer au début ces deux affections; mais il est rare, lorsqu'on observe les faits sans préoccupation, en suivant une bonne méthode, qu'on ne parvienne à poser nettement cette distinction. Est-il besoin d'ajouter, d'ailleurs, que lors même qu'il arriverait qu'on confondît une fièvre typhoïde commençante avec une fièvre bilieuse, et qu'on lui appliquât la méthode évacuante, il n'y aurait nullement à regretter la thérapeutique employée? car s'il est une chose démontrée aujourd'hui, c'est que l'affection typhoïde ne saurait, dans l'état actuel de la science, comporter une médication unique; celle-ci varie suivant les caractères qu'elle revêt.

Il n'y a que quelques jours, nous avons vu M. le professeur Andral se laisser guider, en face d'un cas douteux de ce genre, par les idées que nous venons d'exprimer, et la malade s'en est parfaitement bien trouvée. Nous allons dessiner à grands traits ce fait fort remarquable.

Il s'agissait d'une femme de quarante ans environ, et qui présentait la plupart des symptômes auxquels donne naissance l'affection typhoïde à son début. Cependant le médecin de la Charité, observant d'une part que la malade, par son âge, était sur la ligne où cette maladie ne s'observe plus que très-rarement, remarquant d'un autre côté le facies éminemment bilieux de cette femme, son haleine saburrale, sa langue sale, son horreur constante pour toute alimentation, crut voir dans cet ensemble d'accidents une indication formelle à la médication évacuante; celle-ci fut employée avec hardiesse et persistance, et à mesure que l'organisme fut débarrassé des saburres qui le surchargeaient, que l'équilibre se rétablit entre les diverses sécrétions, dont l'harmonie contribue tant au jeu régulier des fonctions, la fièvre diminua, l'appétit se fit sentir, et la crainte d'une affection aussi grave que l'affection typhoïde se dissipa. Au moment où nous écrivons ces lignes, la malade est en pleine convalescence. — Que serait-il advenu si, au lieu d'obéir à l'indication qui se présentait si impérieuse dans le cas que nous venons de rapporter, on se fût borné soit à l'expectation, soit à quelques émissions sanguines? Nous ne le saurions dire; mais à coup sûr on ne fût pas arrivé aussi rapidement à une guérison.

En résumé, s'il est une maladie qui ait un ensemble de phénomènes

qui lui appartienne, et sur laquelle, quand elle est bien saisie, il est permis à la thérapeutique d'exercer une influence décisive, c'est sans aucun doute la fièvre bilieuse; que les nosographes, donc, si elle les gêne, la rayent de leurs cadres systématiques, aussi longtemps qu'ils voudront, mais que les praticiens s'étudient à bien saisir sa physonomie, à la dégager de ses complications, car elle est ou une maladie très-réelle, ou un accident important dans plusieurs maladies, et dans les deux cas, elle appelle impérieusement une médication que rien ne remplace.

———

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE, LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT LE LA GASTRITE AIGUË, DE LA GASTRITE CHRONIQUE ET DE LA GASTRALGIE (1).

Aujourd'hui que les faits ont été étudiés d'une manière plus exacte et sans idées préconçues, on peut dire que le diagnostic des maladies de l'estomac dont nous nous occupons ne présente pas de très-grandes difficultés. Si, il y a encore peu de temps, la confusion était si générale, c'est que la valeur des symptômes n'était pas suffisamment appréciée, et que surtout on n'avait point égard à la marche de la maladie, qui aurait empêché de regarder comme des affections ayant leur siége exclusif dans l'estomac des maladies beaucoup plus générales, ou bien de les prendre pour de simples gastrites ou même des gastro-entérites primitives, comme l'a fait Broussais.

Et d'abord, je dirai qu'il n'est rien de si facile que de distinguer des autres affections une *gastrite aiguë simple* de moyenne intensité. Pour en donner la preuve, je citerai deux observations recueillies en 1840 et 1841, à l'hôpital Beaujon, par M. Cossy, interne des hôpitaux.

Obs. III. — Louise Lebert, âgée de vingt-deux ans, travaillant à la terre, d'une taille moyenne, d'une constitution forte, ayant le visage habituellement bien coloré, entra à l'hôpital le 6 juillet 1840.

Interrogée sur ses antécédents, elle fournit les renseignements suivants : elle a toujours habité la campagne, et jouit d'une bonne santé habituelle. Elle eut un second accouchement heureux, il y a onze mois, et elle vint à Paris dans les derniers jours de juin pour y chercher un nourrisson. Elle fit un trajet de cinquante lieues dans une voiture de roulier dont les cahots étaient très-rudes. La veille de son arrivée, elle commença à éprouver du malaise, de la fièvre, de la céphalalgie et des douleurs épigastriques. A ces symptômes se joignirent bientôt des vomissements de matières amères. A son arrivée,

(1) Voyez le commencement de ce travail, t. XXVI, p. 401.

elle se mit au lit, qu'elle garda jusqu'à l'époque de son entrée à l'hôpital. Dans cet intervalle, il n'était survenu aucune amélioration; la fièvre et les vomissements amers avaient persisté, et la douleur épigastrique était restée la même; la céphalalgie avait seulement un peu diminué. Aucun traitement ne fut fait; la diète fut seulement observée.

7 juillet. Face naturelle, bien colorée; point d'amaigrissement notable; intelligence et sens intacts, céphalalgie légère; un peu de courbature; soif assez vive, inappétence; langue humide, ne présentant rien de notable; pas de vomissements depuis hier; douleur épigastrique spontanée permanente; elle est augmentée notablement par la pression, et se fait sentir principalement dans l'hypocondre gauche. Le ventre, bien conformé, est indolent partout ailleurs qu'à l'épigastre; les selles, qui s'étaient supprimées peu de temps avant la maladie, ont manqué depuis; fonctions respiratoires et circulatoires à l'état normal; un peu de chaleur et de sécheresse de la peau; pouls peu accéléré, régulier, ne présentant rien autre chose de remarquable. Dès les premiers jours de la maladie, la sécrétion du lait se suspendit; elle ne s'est pas reproduite; point de douleurs des seins. (*Solution de sirop de gomme, 2 pots; cataplasme sur l'épigastre; lavement de lin, diète.*)

8 juillet. Ni chaleur, ni accélération du pouls; tête un peu lourde; la courbature existe encore à un faible degré. La soif et l'inappétence persistent; la douleur épigastrique est presque nulle; il n'y a ni selles ni vomissements. (*Même prescription.*)

9 juillet. Quelques coliques après le lavement, suivies de plusieurs selles abondantes, d'abord dures, puis liquides; la langue est naturelle. Il y a eu depuis hier au soir des vomissements d'une petite quantité de matières amères, sans aucune augmentation des autres symptômes; fièvre nulle. (*Solution de sirop de gomme, 2 pots; eau de Seltz; diète.*)

10 juillet. Les vomissements n'ont pas reparu; tous les symptômes se sont dissipés; il ne reste qu'un peu de faiblesse; l'appétit est vif.

13 juillet. La malade mangeait un huitième de la portion, et le 15 elle sortit en bonne santé.

Si l'on voulait trouver absolument dans la gastrite aiguë ces symptômes si violents, et ces phénomènes sympathiques indiqués par Broussais, assurément on ne pourrait pas regarder l'affection de cette femme comme une inflammation de l'estomac; mais si l'on y réfléchit, on verra qu'il est absolument impossible de porter un autre diagnostic. Les vomissements amers répétés pendant plusieurs jours de suite, la douleur épigastrique, la légère réaction fébrile avec conservation de l'intelligence, nous font reconnaître une affection locale de nature inflammatoire, et trop légère pour produire une fièvre intense. Or, cette affection ne peut avoir eu son siége ailleurs que dans l'estomac, seul organe douloureux, et dont les fonctions ont été si notablement troublées.

Un *simple embarras gastrique* produit du dégoût pour les aliments, la céphalalgie, l'abattement, mais non ces vomissements répétés et cette douleur épigastrique si notable. La réaction fébrile, quelque lé-

gère qu'elle ait été, vient d'ailleurs rendre la distinction plus facile encore.

Quant à la *fièvre typhoïde*, dans les cas les plus légers elle a un appareil de symptômes beaucoup plus notable, et parmi eux je signalerai principalement les symptômes cérébraux et intestinaux, qui ne se sont pas montrés dans le cas dont il s'agit.

Pourrait-on croire que la *constipation opiniâtre* a été la principale cause des symptômes? Mais si l'on considère que bien qu'elle ait commencé avant les symptômes gastriques, elle n'a donné lieu à aucun signe d'inflammation intestinale, et que les phénomènes de la gastrite se sont prolongés après qu'elle a été vaincue par le lavement purgatif, on ne s'arrêtera pas à cette manière de voir.

La maladie s'est montrée aiguë par sa marche et par sa forme, en sorte qu'il serait inutile de rechercher si on pourrait la confondre avec une *affection chronique*. Est-ce une raison pour ne pas poser le diagnostic entre elle et la *gastralgie*, qui, comme on le sait, a presque toujours une marche chronique? Non, sans doute, car au début on n'a point pour se guider cette considération de la chronicité, et de plus, il est quelques gastralgies, comme on en voit des exemples dans les auteurs, qui ont une marche assez rapide. Ce qui sert surtout à fixer le diagnostic en pareil cas, c'est le vomissement, la nature des matières vomies, l'état de l'appétit et la soif.

Relativement aux *vomissements*, nous voyons que dans la gastralgie ils sont assez rares; qu'ils ne se produisent pas, comme dans ce cas, indifféremment aux diverses époques de la journée; qu'ils ont lieu presque toujours après le repas; qu'en dehors des repas, la matière qui les compose est ordinairement formée de mucosités mêlées à une salivation plus ou moins abondante; qu'en un mot, le vomissement des matières amères est l'exception dans la gastralgie, tandis que, comme dans le cas que je viens de citer, il constitue la règle dans la gastrite.

Nous avons vu, dans ce cas, l'*appétit* complétement perdu; or, dans la gastralgie, surtout au début, il n'en est point ainsi. Il peut être altéré, plus ou moins faible, quelquefois augmenté; mais toujours il persiste à un certain degré, et c'est après les repas que la difficulté des digestions, les douleurs épigastriques spontanées, les rapports âcres, etc., font connaître l'existence de la maladie gastrique.

La *soif*, sans être très-vive chez la femme dont je viens de rapporter l'histoire, était cependant assez marquée; or, en parcourant les observations de gastralgie rapportées par M. Barras et par M. Rougier (*De l'emploi de la morphine par la méth. enderm.*, etc.), on voit que la soif a été rarement vive, et que, dans le plus grand nombre des cas, elle a été complétement nulle.

Enfin les *douleurs épigastriques* viennent confirmer le diagnostic. Dans la gastralgie, en effet, les douleurs spontanées sont ordinairement violentes, au moins à une certaine époque de la maladie, et surtout après les repas et pendant les vomissements; mais la douleur à la pression ne se montre que dans des exceptions rares. Quelques malades, il est vrai, éprouvent de la part des corps en contact avec l'épigastre une sensation désagréable, mais ce n'est pas là une véritable douleur.

On le voit donc, rien n'est plus tranché que les différences qui existent entre les symptômes observés chez cette malade, et ceux de la gastralgie; eh bien! dans les autres cas de gastrite simple que j'ai pu consulter, et que j'ai mentionnés plus haut, les choses se sont passées à peu près de la même manière; en sorte que ce diagnostic, que j'ai donné pour ce cas particulier, peut être appliqué en général à la gastrite et à la gastralgie. Pour en fournir une nouvelle preuve, j'ajouterai ici une autre observation de gastrite aiguë simple.

Obs. IV. Adèle Farcy, âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse, d'une taille ordinaire et d'un embonpoint notable, entra à l'hôpital Beaujon le 17 mars 1841, et voici les renseignements qu'elle fournit :

Sa santé est habituellement excellente; elle n'est sujette à aucune incommodité. Le 13 mars 1841, étant très-bien portante et sans qu'elle puisse attribuer la maladie actuelle à aucune cause, elle fut prise dans la journée de frissons suivis de chaleur, puis des douleurs vagues se firent sentir dans tout le corps, et il survint bientôt après les phénomènes suivants : douleurs à l'épigastre; qui en peu de temps deviennent très-intenses; bientôt après, nausées suivies de vomissements assez fréquents, pendant lesquels était rejetée une petite quantité de liquide jaune et amer. Les jours suivants, persistance des vomissements, de la douleur épigastrique et de tous les autres symptômes; fièvre notable. Point de traitement; la malade garde le lit et observe la diète.

18 *mars*. On la trouve dans l'état suivant : face un peu colorée, légèrement anxieuse; sens et intelligence intacts; légère pesanteur de tête; persistance des nausées; pas de vomissements depuis l'entrée; langue naturelle; soif assez vive; dégoût pour toute espèce d'aliments; la douleur épigastrique persiste avec une certaine intensité; elle augmente notablement à la pression; le reste de l'abdomen est souple et indolent; pas de selles depuis le début de la maladie; functions respiratoires à l'état normal; peau chaude, sèche; pouls à 90, un peu plein. La malade attend ses règles, qui sont en retard de quatre ou cinq jours; elle en ignore la cause. (*Solution de sirop de gomme, 2 pots; cataplasme émollient sur l'épigastre; lavement de lin; diète absolue.*

Les jours suivants, les vomissements n'ont pas reparu, mais le 19 et le 20 mars, tous les autres symptômes ont persisté. Le 21 seulement, la douleur épigastrique a diminué, et les nausées ont cessé; la fièvre a complétement disparu; l'appétit se manifeste à un faible degré; les règles ont paru dans la nuit du 21. (*Solution de sirop de groseille, 1 pot; cataplasme à l'épigastre; deux demi-bouillons.*

Le 22 et le 23, tous les symptômes se sont complétement dissipés, et le 25 la malade est sortie en parfaite santé.

Sans doute, dans ce cas, on n'a pas été témoin de ces vomissements de matières amères que l'on avait pu observer dans le précédent; mais on ne peut point avoir de doutes sur les renseignements fournis par la malade, qui entrait à ce sujet dans des détails suffisants. Ainsi, sous le rapport des vomissements, de la douleur épigastrique, de la perte de l'appétit, de la soif et de la fièvre, ce fait est identique à celui qui a fourni matière aux réflexions dans lesquelles je suis entré sur le diagnostic. J'en citerai plus loin, à l'occasion du traitement, un autre qui nous offrira les mêmes signes; de telle sorte que nous ne pouvons plus douter de la valeur des différences que je viens de signaler.

Si le diagnostic de la gastrite aiguë offre si peu de difficulté dans les cas où les symptômes sont si peu intenses, il nous en offrira nécessairement beaucoup moins encore lorsque, comme dans la première observation que j'ai rapportée, la maladie aura un haut degré de violence, et se traduira aux yeux de l'observateur par des symptômes locaux extrêmemement tranchés, et par une fièvre assez notable.

La *gastrite chronique* présente parfois un diagnostic plus difficile à établir que la gastrite aiguë; mais il faut remarquer que ce n'est pas dans les cas où cette affection est primitive, et où par conséquent on a le plus grand intérêt à en bien déterminer l'existence. Les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre sont la *gastralgie* et le *cancer de l'estomac*. Or, relativement à la première de ces affections, nous trouvons que le diagnostic ne présente pas de difficultés réelles. Voyons en effet ce que dit M. Louis à ce sujet.

De l'analyse des observations qu'il a rassemblées il résulte : « Qu'à son début la gastrite chronique est caractérisée par la fièvre, les nausées, les vomissements, l'anorexie plus ou moins complète; que ces symptômes sont accompagnés, précédés ou suivis de douleurs à l'épigastre, que jamais les nausées et l'anorexie n'ont manqué, et que la douleur à l'épigastre a été observée onze fois sur douze; que ces symptômes persistent avec des rémissions plus ou moins longues jusqu'à la mort, dans les cas où la maladie complique d'autres affections, ce qui est très-commun. » Nous retrouvons donc ici ces mêmes troubles fonctionnels de l'estomac, les vomissements, la douleur épigastrique, et surtout l'anorexie, qui viennent éclairer le diagnostic. La fièvre et les circonstances dans lequelles se produit la maladie ne sont pas moins dignes de remarque.

Nous venons de voir qu'il existait quelquefois dans le cours de la gastrite chronique des rémissions de plus ou moins longue durée;

M. Louis en cite entre autres un exemple très-remarquable dans sa *quatrième observation*. Cette circonstance rend-elle le diagnostic entre la gastrite chronique et la gastralgie plus difficile? Non, sans doute, car ces rémissions ne ressemblent point à la disparition momentanée de la maladie, qui se fait si souvent remarquer dans la gastralgie. Dans la gastrite chronique l'appétit peut revenir à un certain degré; mais il reste toujours du côté de l'épigastre des symptômes qui, tout légers qu'ils sont, n'indiquent pas moins que la maladie se continue, quoique avec plus de lenteur.

Il est plus difficile, comme le fait remarquer M. Louis, de distinguer la gastrique chronique du cancer de l'estomac au début de ces maladies. Cet auteur a cité une observation dans laquelle les difficultés de ce diagnostic sont évidentes. Mais ces difficultés n'ont lieu que dans des cas exceptionnels, et d'ailleurs elles n'ont pas une très-grande importance pour le praticien, attendu que, quoi qu'on en ait dit, le traitement n'est pas sensiblement modifié. C'est pourquoi je n'insisterai pas sur ce point, devant me renfermer dans ce qu'il y a de plus important pour la pratique.

On trouve dans ce qui précède presque tout ce qui concerne le diagnostic de la *gastralgie;* je me bornerai donc à y joindre quelques considérations sur un diagnostic particulier : je veux parler de la *névralgie dorso-intercostale*. Dans cette névralgie, en effet, il existe à l'épigastre une douleur lancinante que l'on pourrait croire plus profonde; mais si l'on remarque que cette douleur est principalement exaspérée par la pression; qu'il existe en même temps des points douloureux sur le trajet du nerf; que si les fonctions de l'estomac sont troublées, on en trouve presque toujours la cause dans l'action du traitement, on ne restera pas longtemps dans l'incertitude.

Quant au diagnostic de la gastralgie et du cancer de l'estomac, je n'insisterai pas sur ce point, pour les raisons indiquées plus haut; je dirai seulement qu'au début de l'affection il est quelquefois très-difficile : c'est lorsque le cancer, marchant d'une manière très-chronique, ne produit qu'un très-léger affaiblissement. Cependant, l'irrégularité plus grande dans la marche de la gastralgie, et, ainsi que l'a remarqué M. Barras, la production de l'hypocondrie, viendront éclairer le praticien.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne paraîtront sans doute pas trop longs si l'on réfléchit que dans les maladies dont il s'agit le traitement doit être presque toujours entièrement différent, suivant qu'elles sont de nature inflammatoire ou nerveuse; et l'on comprendra combien il est nécessaire pour le médecin de fixer son attention sur les moindres nuances, et d'établir d'une manière positive la nature de la maladie sou-

mise à son observation. Nous pouvons maintenant présenter quelques considérations générales sur le traitement, si important à connaître.

3° *Traitement.* — J'arrive à la partie la plus intéressante de ce travail, sans me dissimuler les difficultés qu'elle présente par suite de la confusion que j'ai signalée dans la description pathologique. Voyons si, à l'aide des documents que j'ai rassemblés, nous pourrons arriver à quelque résultat positif. Je ne prétends pas, toutefois, exposer ici, dans tous ses détails, le traitement des maladies dont il s'agit; je veux seulement faire connaître les principes sur lesquels il doit être fondé, et indiquer quelques médications particulières. Pour cela, je vais passer successivement en revue la gastrite aiguë, la gastrite chronique et la gastralgie.

Gastrite aiguë. — Si l'on admettait l'existence de ces violentes gastrites signalées par Broussais, et qui ne sont, comme je l'ai dit plus haut, que des conséquences d'une maladie plus grave, on pourrait croire que le traitement de la gastrite aiguë doit être très-énergique; mais s'il est vrai que l'inflammation de l'estomac ne s'élève à un si haut degré d'intensité que dans des cas tout à fait exceptionnels, on en conclura nécessairement qu'il faut être beaucoup plus réservé dans l'emploi des moyens antiphlogistiques. Ce n'est point là, du reste, une assertion fondée sur de pures idées théoriques; nous avons vu plus haut, en effet, que des gastrites assez violentes ont cédé à une médication fort simple. A ces exemples je vais en joindre un autre qui ne laissera point de doute sur l'exactitude de ce que j'avance.

Obs. V. Une femme de quarante-deux ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon le 12 mai 1841. Interrogée sur les antécédents, elle répond ce qui suit : elle a toujours joui d'une bonne santé jusques il y a trois ans, où elle eut, dit-elle, une maladie semblable à celle dont elle est maintenant attaquée; cette affection fut combattue par de nombreuses applications de sangsues sur l'épigastre. La malade a toujours été bien nourrie; elle est bien réglée depuis l'âge de 13 ans; elle a eu quatre grossesses heureuses et est accouchée à terme; elle n'a jamais eu de flueurs blanches; depuis son enfance, elle a parfois des épistaxis peu abondantes.

Elle habite une chambre saine, n'a fait aucun écart de régime, n'a pas eu d'indigestion et n'a point reçu de coup sur l'épigastre; elle éprouve, dit-elle, depuis trois mois, des chagrins assez vifs dont elle ne fait pas connaître la cause; elle ne saurait attribuer sa maladie à aucune autre cause particulière.

Le début de l'affection actuelle remonte au 6 mai. Cependant, depuis un mois son appétit était légèrement diminué, ce qu'elle attribue à ses chagrins. Le 6, ayant déjà un peu de courbature depuis la veille, elle ressentit en se levant du malaise; elle avait des bâillements continuels, et elle éprouvait une céphalalgie fixée à l'occiput avec bruit dans les oreilles, et dégoût

pour toute espèce d'aliments; la bouche était amère, la soif vive; il y avait des nausées sans vomissements et une douleur épigastrique légère.

Dans le jour, ayant voulu continuer son travail, elle fut prise d'un frisson qui la força de se mettre au lit, que dès lors elle ne quitta plus; le frisson, avec claquement de dents, dura deux heures environ, et fut suivi de chaleurs et de sueurs abondantes. Les deux jours suivants, il y eut quelques frissons moins intenses et moins longs que le premier. Ils ne se reproduisirent plus, mais les autres symptômes persistèrent; ainsi, la chaleur était très-élevée et la moiteur continuelle. La douleur épigastrique alla même en augmentant, au point de devenir le symptôme dominant. Il n'y eut point de vomissements, mais des nausées continuelles; aucun traitement ne fut mis en usage. La malade ne prit que de l'orge miellée pour boisson, et se tint à une diète sévère.

13 *mai*. État actuel. Quoique la malade assure qu'elle a beaucoup maigri depuis le commencement de la maladie, elle a un embonpoint ordinaire; elle se plaint d'avoir perdu ses forces. La face n'exprime ni l'anxiété ni la stupeur; l'intelligence est conservée; la vue et l'ouïe sont bonnes; les bruits que la malade entendait dans ses oreilles ont cessé depuis trois ou quatre jours; la céphalalgie est moins violente depuis hier, cependant elle existe encore à un degré notable; elle occupe le sommet, la partie postérieure et les deux côtés de la tête; la douleur n'est pas exaspérée par la pression; langue un peu jaunâtre, villeuse, large, médiocrement humide; bouche amère, dégoût pour les aliments; soif encore vive, mais moins qu'avant l'entrée à l'hôpital; nausées fréquentes, sans vomissements; déglutition facile. L'épigastre est bien conformé, et offre de nombreuses cicatrices de piqûres de sangsues; il est le siége d'une douleur qui augmente notablement sous une médiocre pression, et qui s'étend, de bas en haut, jusqu'à un pouce de l'appendice xyphoïde, et transversalement d'un hypocondre à l'autre. Cette douleur, qui a son maximum d'intensité à l'épigastre, n'est pas lancinante; la malade la compare à une sensation de brûlure profonde fort pénible, et accompagnée de battements qui, néanmoins, ne peuvent être perçus par la palpation. L'exploration des hypocondres ne fait constater aucun développement anormal du foie ni de la rate. Le reste de l'abdomen est un peu volumineux et un peu dur, mais indolent à une forte pression. Pas de selles depuis le commencement de la maladie; les urines peu abondantes et fortement colorées, à ce que dit la malade, n'ont pas été examinées.

Point de symptômes du côté de la poitrine, pas de point douloureux à la pression dans les espaces intercostaux. La malade dit avoir eu la nuit dernière, pour la première fois depuis le début de son affection, moins de chaleur et de moiteur; maintenant la peau est sèche, un peu chaude, sans éruption. Le pouls est à 86, régulier, sans autre caractère particulier. (***Solution de sirop de gomme*, 1 *pot*; *limonade*, 2 *pots*; *bain*, *cataplasme sur l'épigastre*; *lavement de lin*; *diète absolue*.**)

Du 14 au 17 mai, aucun changement, si ce n'est que la céphalalgie est moins violente. Pas de selles, malgré l'administration d'un lavement de lin chaque jour. Chaleur de la peau naturelle. Le pouls varie entre 76 et 84 pulsations.

Le 17 mai. Depuis hier, la douleur de la tête s'est étendue au front en perdant de sa force; la douleur épigastrique a très-peu diminué; un cataplasme un peu épais est difficilement supporté sur l'épigastre. Bouche toujours très-

amère; langue nette assez humide, soif diminuée; quelques nausées sans vomissements. Pouls à 76, régulier. Peau à l'état normal. (*Limonade, 2 pots; cataplasme, lavement purgatif; diète absolue.*

Le 18, même état. Le lavement purgatif n'a produit aucune évacuation. (Même prescription, si ce n'est que le lavement purgatif est remplacé par 62 grammes d'huile de ricin.)

Le 19 mai. Hier, l'administration de l'huile de ricin, après avoir été suivie de quelques coliques, a provoqué six selles abondantes. Les matières, d'abord très-dures, étaient liquides à la fin. Aujourd'hui, les nausées et la céphalalgie ont cessé complétement. La bouche n'est plus amère; l'appétit est un peu revenu; la douleur de l'épigastre persiste, mais avec moins d'intensité. Pouls à 76, régulier. (*Limonade, 2 pots; cataplasme; 2 vermicelles.*)

Le 21 mai. La malade s'est levée pour la première fois. Elle ne se plaint plus que d'un peu de faiblesse et de sa douleur épigastrique, qui cependant diminue, mais avec beaucoup de lenteur. (*Eau de Vichy; 1/8 de portion.*)

Le 24. La malade sort, n'ayant plus pour tout symptôme qu'une légère douleur à l'épigastre, qui ne se manifeste que sous la pression.

Réflexions. — Dans ce cas, nous n'avons pas noté ces vomissements remarquables signalés dans les observations précédentes; mais est-ce une raison pour changer le diagnostic, et pour croire qu'il n'a pas existé réellement une gastrite aiguë? A quelle affection aurions-nous donc eu affaire? Un simple embarras gastrique aurait-il donné lieu à cette violente douleur de l'épigastre et au mouvement fébrile qui l'a accompagné? C'est ce qu'on ne saurait admettre. Il y a eu, au début de la maladie, un frisson suivi de chaleur et de sueur; ce cas n'aurait-il été qu'une simple fièvre intermittente dont l'affection gastrique pourrait être regardée comme un épiphénomène? Mais ce n'est là qu'une hypothèse; car l'accès de fièvre ne s'est point régulièrement reproduit, et d'ailleurs l'affection que nous avons observée ne subsistait pas moins avec ses caractères propres. La constipation rendrait-elle compte de tous les symptômes? Évidemment non, quoique l'apparition des selles ait coïncidé avec une amélioration rapide. La constipation, en effet, n'a pas précédé, pendant un temps suffisamment long, l'affection gastrique; mais elle s'est montrée lorsque la fièvre, les nausées et la douleur ont apparu, et en a sans doute été la conséquence. Enfin les nausées continuelles et la soif vive sont des symptômes qui appartiennent plus particulièrement à la gastrite aiguë.

Je dois saisir cette occasion de rappeler l'influence des affections morales sur la production de cette maladie. D'après la malade, en effet, c'est sous cette influence que l'appétit a diminué et que les symptômes gastriques ont acquis peu à peu le degré d'intensité où nous les avons vus s'élever.

Enfin, je ferai remarquer la simplicité du traitement. De simples

émollients et une boisson acidule ont procuré une amélioration évidente, quoiqu'elle se soit produite avec lenteur, et un simple purgatif, après avoir fait cesser la constipation, a été suivi d'une guérison très-rapide.

Il suit de ce qui précède, que dans la gastrite aiguë, de simples émollients, une ou deux applications de sangsues à l'épigastre, de légers purgatifs, suffisent pour faire disparaître assez promptement la maladie. Dans certains cas il peut exister une cause particulière que je n'ai pas encore mentionnée, c'est la présence des vers dans le canal intestinal; du moins, un cas dont j'ai l'observation sous les yeux semble le prouver, je vais en donner une analyse succincte.

Obs. VI. Un homme âgé de vingt ans, d'une bonne constitution, n'ayant eu d'autre maladie sérieuse qu'une fièvre intermittente à l'âge de quatorze ans, et habitant Paris depuis trois mois, n'avait eu, pendant ce séjour, qu'une diarrhée légère qui se prolongea pendant un mois environ, lorsque douze jours avant son entrée à l'hôpital il fut pris de malaise et d'inappétence sans autre symptôme notable. Quatre jours après, il fut pris, sans cause appréciable, de céphalalgie, de vomissements amers fréquemment répétés, et pendant lesquels furent rejetés deux vers lombrics. La douleur épigastrique était vive et augmentait par la pression; il y avait en outre un dévoiement assez abondant et un mouvement fébrile léger sans aucun trouble des sens, sans épistaxis ni éruption. Après l'expulsion du second ver lombric, qui ne fut point provoquée, il survint une amélioration notable qui alla ensuite en augmentant, et la guérison fut complète neuf jours après. Le traitement consista en l'administration de l'infusion de fleurs d'oranger, de 4 décigrammes de calomel par jour, de cataplasmes émollients sur l'épigastre, de lavements laudanisés, et dans la diète absolue.

Ce fait n'est sans doute pas le seul dans lequel la présence des vers a été signalée comme cause de la maladie qui nous occupe; mais il n'était pas inutile de le présenter, à cause de l'exactitude avec laquelle ont été observés les symptômes. Dans un cas semblable devrait-on hésiter à administrer des vermifuges? Non, sans doute, quoique ces médicaments soient composés de substances irritantes et purgatives; car ici la présence des vers doit être regardée comme une cause mécanique dont il importe de débarrasser l'estomac.

Cette réflexion m'amène à dire un mot des *vomitifs* et des *purgatifs*. C'était une maxime reçue chez nos prédécesseurs, que le *vomissement se guérit par le vomissement*, et la première observation citée dans ce mémoire prouve que cette médication n'était pas aussi *incendiaire* qu'on s'est plu à le dire dans ces dernières années. Toutefois il paraîtra prudent de n'avoir recours aux vomitifs que dans des cas semblables à celui que je viens de présenter, et dans ceux où l'on pourrait regarder l'indigestion comme la cause excitante de la maladie; non

qu'on doive beaucoup redouter une extrême exaspération de l'inflammation après l'administration de ces médicaments, car, bien des faits prouvent que ces excitations artificielles n'ont qu'un effet très-borné et très-passager ; mais parce que, les vomissements étant dus à une cause inflammatoire, c'est d'abord celle-ci qu'il faut attaquer.

Il me reste maintenant à dire un mot du *régime*. Lorsque la maladie est dans toute sa vigueur, il est évident que la diète est indiquée ; d'ailleurs, l'inappétence est toujours portée au point que les malades se privent eux-mêmes de toute alimentation. Mais lorsque l'amélioration devient évidente et que l'appétit commence à se déclarer, on ne doit pas croire, avec les médecins de l'école physiologique, qu'il faille revenir aux aliments avec une timidité extrême. Les faits que j'ai cités prouvent qu'on peut prescrire les aliments avec une promptitude presque aussi grande que dans les autres affections aiguës, et tout porte à croire qu'en agissant autrement on n'a fait que prolonger les souffrances du malade. C'est là un point important qui ne doit pas être perdu de vue par les praticiens.

Gastrite chronique. — Le traitement de la gastrite chronique ne diffère pas sensiblement de la gastrite aiguë. Cependant, il faut se rappeler qu'un des principaux caractères de cette affection c'est de donner lieu à des vomissements rebelles, et contre lesquels l'application des sangsues, tout en affaiblissant beaucoup les malades, n'aurait pas une grande action. C'est alors que les préparations opiacées, administrées soit par la méthode endermique, soit à l'intérieur par la bouche et par le rectum, doivent être principalement mises en usage. Relativement à l'administration des opiacés par le rectum, je dois dire que dans beaucoup de cas, ainsi que M. Louis l'a particulièrement noté, et comme j'ai pu le constater maintes fois, ce moyen a réussi à arrêter les vomissements dus à une gastrite chronique, et contre lesquels tous les médicament dits antiémétiques avaient échoué. On ne doit pas craindre en pareil cas d'élever les narcotiques à une assez forte dose.

Il est évident que lorsque la gastrite chronique n'est qu'une affection secondaire développée dans le cours d'une maladie mortelle, la phthisie tuberculeuse par exemple, le traitement que j'indique ne peut être que palliatif. Mais les observations de M. Louis que j'ai déjà citées prouvent qu'en persévérant dans l'emploi de ces moyens on arrive assez facilement à la guérison, quand la maladie est simple. Surtout qu'on ne confonde pas, comme le fait M. Andral, la gastrite avec le cancer de l'estomac; car alors on ne peut plus avoir la moindre certitude sur la valeur du traitement.

Gastralgie. — C'est surtout dans cette maladie que les effets du

traitement sont évidents, soit que, mal dirigé, il ait les plus funestes conséquences, soit que, employé avec connaissance de cause, il fasse cesser promptement les symptômes les plus alarmants. J'ai déjà dit que dans les douleurs gastriques survenues après l'abus des médicaments excitants, une abstinence de deux ou trois jours était suffisante; mais il faut prendre garde aussi de faire passer trop rapidement les sujets d'un régime très-excitant à un régime très-doux. J'ai vu récemment un jeune homme qui, après un voyage de trois ans en Orient, où il a vécu de mets très-épicés et bu des vins très-violents, a été pris, à son retour en France, d'une gastralgie qu'il n'a fait cesser qu'en reprenant un régime semblable à celui qu'il suivait dans son voyage. Mais je n'insiste pas sur ces faits aujourd'hui bien connus de tout le monde; passons à ces gastralgies de longue durée qui le plus souvent ont été entretenues par l'abus des adoucissants et de la diète.

Les médicaments à l'aide desquels on est parvenu à guérir ces affections sont très-multipliés; mais il y a cela de remarquable, que presque tous sont pris parmi les excitants, les toniques et les opiacés. Schmidtmann et M. Barras, que l'on peut en particulier consulter sur ce point, ont fait connaître la plupart de ces médications. On croirait que les excitants comme les alcooliques ne doivent pas faire la base du traitement, et cependant on sait que par leur moyen et une alimentation analeptique on a assez souvent rendu promptement à la santé des individus qui se croyaient affectés d'une gastrite des plus intenses.

Les toniques, et en particulier les ferrugineux, tiennent une grande place dans le traitement de la gastralgie. On sait de temps immémorial que les sources ferrugineuses ont rétabli les fonctions digestives chez des sujets qui dès longtemps les avaient profondément altérées. C'est surtout dans les cas où la gastralgie est liée à la chlorose que le succès est prompt et complet, ainsi que l'ont démontré MM. Trousseau et Bonnet (*Arch. génér. de Médec.*, août 1832). Il est donc important d'y avoir recours dans le plus grand nombre des cas; mais l'administration de ce médicament demande quelques précautions. Chez certains sujets, en effet, le fer, lorsqu'il est administré rapidement à haute dose, occasionne des douleurs assez vives dans l'estomac et dans les intestins, et la maladie semble redoubler : ce n'est pas une raison pour abandonner la médication, mais il faut diminuer la dose, varier la préparation ferrugineuse jusqu'à ce qu'on en trouve une qui soit supportée, et suspendre l'administration du médicament pour le reprendre ensuite. Il suffit d'indiquer ces précautions pour qu'on puisse les suivre facilement.

Je sortirais trop des bornes de cet article, si je voulais indiquer les

diverses substances employées, telles que le quinquina, le nitrate d'argent, la noix vomique, l'huile pyro-carbonique, etc.; il me suffit d'avoir fait connaître les principales. Je veux seulement dire un mot de l'eau froide et de l'application de ce liquide à l'extérieur.

On sait qu'en Allemagne l'*hydrothérapie* est en grand honneur; mais parmi les maladies traitées par cette méthode, il n'en est aucune que l'on regarde comme plus facilement guérie que la gastralgie. Il est certain qu'un assez bon nombre d'observations viennent à l'appui de cette opinion, et ces faits ne doivent pas être perdus pour les médecins. Cependant rien ne prouve que le traitement doive être appliqué dans toute sa rigueur; quelques verres d'eau froide le matin et le soir, les bains froids, l'exercice, et surtout un régime substantiel, suffisent ordinairement.

L'opium a été employé depuis longtemps. Les faits cités par M. Barras prouvent combien il est utile dans la gastralgie. Il y a peu de temps encore, dans ce même journal, M. Sandras a fait connaître les heureux effets de l'administration de l'acétate de morphine dans des douleurs violentes de l'estomac. La manière dont il administre ce médicament est connue de nos lecteurs. On se rappelle, en effet, qu'il recommande de mêler cinq centigrammes d'acétate de morphine à un verre d'eau sucrée, et de prendre deux ou trois cuillerées à café de ce mélange après le repas. M. Rougier (*De la morphine administrée par la méthode endermique*, etc.) emploie le sel de morphine en le faisant absorber par la surface d'un vésicatoire. Ce médecin a obtenu par ce moyen de prompts succès; mais il faut ajouter qu'il joint à ce traitement l'usage de la *strychnine*, qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, peut avoir sa part de la guérison. Il n'est donc pas douteux, d'après ce que je viens de dire, que l'opium, de quelque manière qu'il soit administré, ne soit d'une très-grande efficacité dans le traitement de la gastralgie, et on ne saurait trop recommander son emploi.

Enfin, un exercice modéré, et par-dessus tout un régime assez substantiel composé d'éléments appropriés à la susceptibilité du malade, complète le traitement. Assurément on ne sera pas autorisé, comme certains charlatans, à porter tout à coup l'alimentation à un haut degré de tonicité; mais en suivant une gradation rapide, on pourra arriver très-promptement à changer du tout au tout le régime du malade.

Je ne dois pas omettre de dire, en terminant, qu'il faut surtout avoir égard à l'état moral du sujet. Dès qu'on a bien constaté qu'il ne s'agit point d'une maladie organique, et qu'on est sûr d'avoir affaire à une gastralgie, il faut lui promettre une guérison prompte et certaine, et cet espoir, si on peut le lui inspirer, produit lui seul une prompte amélio-

ration. M. Barras, qui a éprouvé le découragement produit par la gastralgie, a insisté avec force sur ce précepte, et si on ne peut pas douter de son importance, on jugera combien il est nécessaire au praticien d'avoir un diagnostic assuré, et de tenir compte des nuances dont j'ai parlé plus haut. Surtout qu'on ne se fasse plus un monstre de l'action des excitants sur la muqueuse gastrique, même lorsqu'il y aurait un certain degré d'inflammation dans l'estomac.

VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA SUBSTITUTION D'UNE BONNE A UNE MAUVAISE POSITION DANS LE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS AIGUES DES ARTICULATIONS (1).

Par M. BONNET, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Résultats obtenus dans les inflammations aiguës de la hanche.

Les malades qui font le sujet des observations qui vont suivre étaient dans deux positions bien distinctes; chez les uns, la cuisse affectée était dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, c'est-à-dire dans la position où l'on observe l'allongement; les autres avaient la cuisse fléchie et portée dans l'adduction et la rotation en dedans, c'est-à-dire dans celle qui produit le raccourcissement apparent.

Ces deux positions réunissent tous les caractères propres à aggraver les maladies de la hanche.

Lorsque la cuisse, fléchie sur le bassin, se porte dans l'abduction et la rotation en dehors, la tête du fémur tend à s'échapper vers le côté interne de l'articulation, il y a distension des ligaments placés en dedans de la jointure, et tendance à la luxation spontanée sur le trou obturateur.

Lorsque la cuisse fléchie se porte dans l'adduction et la rotation en dedans, la tête du fémur tend à s'échapper en arrière et en dehors de l'articulation ; il y a distension de la capsule fibreuse et de la synoviale à leur partie externe et supérieure, et il y a tendance à la luxation spontanée sur l'os des iles.

(1) Voyez la première partie de ce travail, t. XXVI, p. 421.

Mais lorsque le membre inférieur est étendu et dirigé parallèlement à l'axe du tronc prolongé, lorsqu'il est, en un mot, dans la situation où il se trouve lorsqu'on se tient debout sur les deux pieds, les membres placés parallèlement, il n'y a plus, dans l'articulation de la hanche, aucune distension des ligaments, aucune tendance aux luxations consécutives. Cette position est d'ailleurs celle où la cuisse remplirait le mieux ses fonctions si elle venait à s'enkyloser; on doit donc faire tous ses efforts pour la substituer aux positions dont j'ai démontré les inconvénients.

Pour opérer cette substitution, il faut avant tout faire coucher le malade horizontalement sur le dos, fixer le bassin et exercer des tractions sur la jambe afin d'étendre celle-ci sur la cuisse et la cuisse sur le bassin; on doit aussi faire des efforts pour faire cesser l'adduction ou l'abduction. On verra dans l'observation d'*Étiennette Danguin*, affectée d'une inflammation de la hanche, que l'on a pu se livrer à des efforts assez violents pour ramener la cuisse dans l'axe du tronc sans que le redressement qui en est résulté ait été suivi d'aucun accident.

Si l'action des mains est restée insuffisante, et que la jambe soit toujours pliée sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, il faut recourir aux appareils qui opèrent le redressement du genou; ce redressement ne peut s'opérer sans que l'extrémité inférieure du fémur s'abaisse, et par suite que la flexion de la cuisse sur le bassin soit diminuée.

Lorsque le membre malade a une direction qui s'éloigne peu de celle qu'on veut lui donner, il suffit, pour achever son redressement, de le placer dans un appareil qui embrasse le tronc et les deux membres inférieurs, et dont j'ai indiqué d'ailleurs la disposition. Le malade, déposé dans ce moule, fait des efforts continuels pour s'y engager; des pressions convenables aident à cet effet, et le redressement désiré ne tarde pas à être obtenu.

Lorsque le membre malade a été ramené à la position droite et étendue, on peut assurer son immobilité à l'aide des appareils destinés aux fractures du fémur; mais comme ces appareils n'ont qu'une action insuffisante sur le tronc, qu'ils exercent tous une compression, et que dans les inflammations aiguës cette compression est intolérable, on voit qu'ils n'atteignent pas le but auquel on les destine. Je ne connais aucun appareil qui puisse maintenir l'immobilité dans une bonne position, et en satisfaisant à toutes les indications, si ce n'est celui que j'emploie dans les fractures du col du fémur, et que j'ai décrit (*Gaz. méd.*, 1839). Cet appareil a prise sur le tronc et les deux membres inférieurs; il se moule sur les formes des parties qu'il embrasse; il ne peut tourner ni à droite ni à gauche; il assure l'immobilité sans exercer de compres-

sion, et l'on peut, lorsqu'il est appliqué, mettre la hanche à découvert sans produire le plus léger ébranlement.

En substituant, dans les inflammations aiguës de la hanche, la position droite et étendue aux positions du bassin et des membres inférieurs dont j'ai cherché à démontrer les inconvénients; en faisant usage, pour atteindre ce but, des appareils dont je viens d'indiquer brièvement la disposition, j'ai obtenu des résultats que l'on pourra apprécier en lisant les observations que je vais exposer. Celles-ci sont d'autant plus remarquables que les malades qui en sont le sujet avaient été traités pendant un temps assez long à l'aide de tous les moyens usités, et qu'après avoir échoué par ces moyens, j'ai vu la douleur se calmer et l'inflammation diminuer sitôt que le membre a été redressé et maintenu immobile. Dans les cas où l'inflammation aiguë était survenue dans une articulation saine, celle-ci est revenue à son état normal; et lorsque la phlegmasie aiguë était entée sur une maladie articulaire chronique, le mal a été ramené en quelques jours à son état primitif, qui n'était point la guérison, mais bien la disparition des symptômes qui étaient venus aggraver l'affection préexistante.

Les deux premiers faits qui vont suivre ont rapport aux inflammations aiguës de la hanche qui s'accompagnent d'abduction et de rotation en dehors de la cuisse.

Obs. I. *Inflammation aiguë dans une articulation coxo-fémorale qui n'avait jamais été malade; position vicieuse de la cuisse qui est portée dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors; redressement, emploi du grand appareil, cessation prompte des douleurs; guérison.* — Joseph Signorette, de Grenoble, tailleur de pierres, âgé de vingt-six ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'au mois de septembre 1840 le Rhône, dans un débordement, envahit la maison qu'il habitait. Pendant trois ou quatre jours, le matin et le soir, il entra dans l'eau jusqu'au sommet des cuisses pour quitter ou regagner son logis.

Les douleurs ne se manifestèrent point immédiatement et il continua, pendant plusieurs semaines encore, le travail pénible de sa profession. Le 14 octobre, un mois environ après ces événements, dans l'espace d'une nuit, la hanche du côté gauche devint douloureuse, et la station comme la marche furent impossibles. Il fit venir un médecin qui ordonna des sangsues, des vésicatoires, des frictions avec l'huile de morphine d'abord, et puis avec l'onguent mercuriel.

Les douleurs s'étaient un peu calmées, et il commençait à marcher à la fin du mois d'octobre, lorsqu'eut lieu une nouvelle inondation plus considérable que la première. Étendu dans son lit, il voyait les maisons s'écrouler autour de son habitation peu solide et envahie par les eaux. La frayeur que lui causèrent les dangers de sa position aggrava son état, et une fois hors de sa maison, qu'il avait abandonnée en s'embarquant avec beaucoup de peine sur un radeau improvisé, il vint à l'Hôtel-Dieu le 6 novembre, dans

la salle Saint-Bruno. On lui mit un vésicatoire sur la hanche, mais ce moyen, déjà employé antérieurement, ne produisit pas de bons effets; on ordonna encore des bains de vapeur, mais leur application fut impossible, à raison des douleurs produites par le moindre mouvement.

C'est alors, le 23 novembre, qu'il entra dans mon service, salle Saint-Louis, n° 88.

Je l'examinai avec soin et constatai les symptômes suivants :

Le contour de la hanche paraît tuméfié; les ganglions du pli de l'aine sont augmentés de volume et se présentent en grand nombre, mais à part l'altération de ces ganglions, on ne peut trouver aucune dureté manifeste, aucune fluctuation au niveau de cette jointure.

Le malade est étendu sur le dos; la cuisse est fléchie sur le bassin; il est facile de constater la fixité de cette position, car lorsqu'on veut poser sur le lit la face postérieure de la cuisse, la colonne vertébrale s'incurve de manière à présenter une concavité en arrière; le membre fléchi est porté dans une abduction telle que le genou est éloigné du côté opposé de 0,70. Avec la flexion et l'abduction de la cuisse coexiste un mouvement de rotation très-prononcé en dehors; la rotule regarde cependant encore un peu en devant. Ce mouvement de rotation est maintenu avec fixité, car lorsqu'on le fait cesser et que la rotule regarde directement en avant, le tronc se tourne du côté droit. Si bien qu'on peut s'assurer, en regardant la position des épines iliaques, qu'aucun mouvement ne s'est passé dans l'articulation de la hanche.

Le bassin est placé de manière que l'épine iliaque du côté malade est plus élevée que celle du côté droit, et se trouve sur un plan antérieur.

Je n'ai pu m'assurer s'il y avait allongement ou raccourcissement, car pour résoudre cette question il aurait fallu mettre les deux membres dans la même position, et l'on n'a pu y réussir qu'imparfaitement. Toutefois, en essayant de ramener le membre sain dans la même position que le membre malade, ce dernier a paru raccourci.

Les douleurs de la hanche sont assez vives pour empêcher le sommeil; elles s'exaspèrent au plus léger mouvement que l'on veut imprimer au membre malade; les mouvements volontaires sont tout à fait impossibles.

A ce tableau on reconnaît suffisamment une phlegmasie aiguë très-intense de la hanche prouvée par la position anormale de la cuisse, par les douleurs que le malade ressent, surtout dans le lieu de l'articulation, et par l'engorgement du membre.

Durant les premiers jours, je fis de nouveau appliquer des sangsues et pratiquer des frictions d'onguent mercuriel. Ces moyens ne furent suivis d'aucun résultat favorable.

Le 30 novembre, je m'occupai de substituer la position droite et étendue à la position vicieuse dans laquelle se trouvait le malade. Le redressement et l'adduction du membre inférieur purent être obtenus assez facilement, mais le mouvement de rotation persiste presque entièrement. A défaut d'appareils plus complets, les deux membres inférieurs furent attachés ensemble, ayant entre eux un coussin allongé. Dès le jour même où ce redressement fut opéré, les douleurs de la hanche diminuèrent sensiblement, et cette amélioration se maintint tous les jours suivants. Si le malade fut encore agité, s'il eut encore de l'insomnie, celle-ci dépendait de la compression pénible exercée par les bandes, et de la gêne occasionnée par la nouvelle position dans laquelle il était placé.

Le 2 décembre, on place le grand appareil; le malade y entre avec facilité; la flexion et l'abduction de la cuisse ont cessé; la rotation en dehors persiste; c'est le seul déplacement qui existe encore. La pression douloureuse du sacrum, rendu très-saillant par l'amaigrissement des fesses, fait souffrir le malade pendant la première journée seulement.

A partir de ce moment, les douleurs commencèrent à se calmer; la diminution du gonflement de la hanche fut graduelle; un mois plus tard, le malade put se lever et faire quelques pas avec des béquilles. Peu à peu la liberté des mouvements se rétablit. A la fin du deuxième mois, le malade put sortir, marchant avec une canne et dans un état qui permettait d'espérer une guérison complète.

Obs. II. *Inflammation aiguë de la hanche; position vicieuse, la cuisse malade étant portée dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors; redressement; guérison.* — Étiennette Dauguin, âgée de quinze ans, non encore réglée, jouissant en apparence d'une bonne santé, mais ayant cependant le caractère des dispositions scrofuleuses à un faible degré, éprouva, vers le commencement de juin 1840, des douleurs dans la hanche du côté droit, sans qu'aucune cause occasionnelle, telle que violence extérieure, refroidissement, parût avoir donné lieu à la maladie.

Vers le 15 du même mois, elle fut obligée d'interrompre ses travaux de domestique et de se mettre au lit, tant étaient vives les douleurs que lui faisait éprouver la hanche.

On lui appliqua huit sangsues et quatre vésicatoires autour de cette jointure. Ces moyens n'ayant produit qu'un soulagement peu marqué, elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 25 juillet, dans l'état suivant :

Douleurs vives dans l'articulation coxo-fémorale, glandes du pli de l'aine légèrement tuméfiées, engorgement à peine sensible des parties molles qui entourent la hanche, point de trace de fluctuation. Le membre inférieur droit dépasse de cinq travers de doigt celui du côté opposé; la malade peut cependant faire quelques pas pendant lesquels son corps s'incline fortement du côté opposé à l'affection.

Pendant les vingt premiers jours, on se borna aux cataplasmes émollients et aux frictions hypnotiques, sans aucun succès.

Le 15 août, je pris le service. Tout d'abord, mon attention fut attirée par la mauvaise position dans laquelle était placé le membre malade, et je me convainquis que l'allongement n'était qu'apparent, qu'il était dû à l'abaissement de l'épine iliaque du côté droit, à la rotation en dehors et à l'abduction de la cuisse du même côté. En conséquence, je crus devoir remédier à cet état, qui probablement entretenait la persistance des douleurs en produisant la distension de la capsule en avant.

Le 20, je cherchai, par des efforts énergiques et prolongés pendant huit à dix minutes, à porter le membre malade dans la rotation en dedans et l'adduction. Ces manœuvres furent très-douloureuses: elles n'eurent aucun résultat immédiat, et la difficulté de fixer le bassin les rendit moins efficaces. Dès le lendemain, cependant, l'on remarqua que le membre du côté malade ne dépassait plus celui du côté sain que de trois travers de doigt; les douleurs qu'avait produites l'opération cessèrent bientôt.

Le 22, on recommença la même opération; le résultat ne fut point appréciable. Voyant ainsi que ces manœuvres douloureuses n'avaient pas permis

d'obtenir un redressement aussi complet qu'on pouvait le désirer, je plaçai la malade dans le grand appareil le 25 du même mois, et j'exerçai une traction continue sur le membre du côté sain.

Le 6 septembre, on sortit la malade de l'appareil; le redressement était alors presque complètement obtenu, les deux pieds descendaient à la même hauteur, la déviation primitive persistait toutefois à un faible degré. A cette époque, la malade put se lever et faire quelques pas. Du 7 au 14, on fit des frictions avec le baume nerval.

A partir du 14, on la purgea tous les deux jours pendant deux semaines, et l'on fit sur la hanche des frictions de pommade iodée, qui firent écailler la peau.

Le 10 du mois de septembre, la malade quitta l'Hôtel-Dieu; à cette époque, le membre malade n'avait qu'un centimètre de plus en longueur que le membre du côté sain; la malade boitait à peine et pouvait monter et descendre les escaliers, et se promener sur une surface plane pendant près d'un quart d'heure.

Je passe maintenant à deux autres faits qui peuvent encore montrer toute l'importance de la substitution d'une bonne à une mauvaise position dans les arthrites coxo-fémorales, mais qui se rapportent à celles dans lesquelles le membre inférieur est porté dans l'adduction et la rotation en dedans.

Obs. III. *Coxalgie durant deux mois ; douleurs extrêmement vives au moindre mouvement ; position demi-fléchie, la cuisse étant portée dans l'adduction et la rotation en dedans; conversion de cette position en la position droite; soulagement immédiat et durable.* — Marie Perrachon, d'Écully, âgée de dix ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet 1839. A cette époque elle s'assied, ayant très-chaud, sur un banc de pierre extrêmement frais. Dès le lendemain du jour où elle commit cette imprudence, elle éprouva dans la hanche une douleur vive contre laquelle elle employa inutilement pendant un mois des frictions calmantes. Au bout de ce temps, elle se fit apporter (27 juillet 1839) à l'Hôtel-Dieu, et nous constatâmes, le jour même de son entrée, les symptômes suivants :

Douleur extrêmement vive dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Le contour de cette jointure est tuméfié. La cuisse gauche est plus courte de 3 centimètres que celle du côté droit. Elle est fléchie, portée dans la rotation en dedans et dans l'adduction. Le grand trochanter fait une saillie considérable en dehors, et le fémur est ainsi placé dans la position où il tend à se luxer sur l'os des iles. Au moindre mouvement, la malade pousse les hauts cris; on ne peut l'approcher pour examiner sa hanche ou tirer les draps qui sont sous elle sans déterminer les souffrances les plus aiguës.

Le peu d'ancienneté du mal me fit présumer qu'il n'existait pas de luxation spontanée. D'après la position que prenait la malade, le gonflement général, l'acuité de ses douleurs, je pensai qu'elle était affectée d'une inflammation aiguë de la hanche. Malheureusement, j'ignorais à cette époque la cause qui entretient ces douleurs si vives et si persistantes, et je passai un mois à appliquer sur la hanche d'abord des sangsues et des cataplasmes

émollients, plus tard des vésicatoires, et enfin deux moxas qui furent placés derrière le grand trochanter.

Pendant l'emploi de ces moyens, qui constituent à peu près la thérapeutique ordinaire, la malade n'éprouva aucune espèce d'amélioration; seulement, la fièvre qui existait au début et la chaleur de la hanche diminuèrent un peu. Quant à l'articulation, elle resta presque aussi douloureuse, et les moindres contacts continuèrent à produire les souffrances les plus vives.

Dans le commencement de septembre, un peu plus de deux mois après le début de la maladie, conduit enfin à reconnaître que la position où se tenait cette enfant entretenait toutes ses douleurs, je pensai à la faire coucher sur le dos et à étendre ses jambes et son tronc.

N'ayant point d'appareil à ma disposition, je me contentai d'attacher les deux jambes ensemble avec un coussin entre elles deux, et de les lier sur une planche qui s'étendait dans toute leur longueur. Le premier jour, je ne redressai qu'incomplétement les genoux; le second jour, les jambes étaient parfaitement étendues sur les cuisses, mais les cuisses étaient incomplétement redressées; le quatrième jour, la déviation avait encore diminué, et le raccourcissement du membre malade ne dépassait pas 2 centimètres.

Du moment où l'appareil fut mis en place, les douleurs se calmèrent, et elles cessèrent entièrement le quatrième jour. Dès ce moment, on put toucher la malade et la lever sans la faire souffrir; elle reprit de l'appétit, et son mal éprouva une amelioration vraiment inespérée.

Cependant, l'appareil insuffisant que j'avais employé déterminant de la gêne, je l'enlevai le 10 novembre, et je recommandai à l'enfant de garder la position étendue et le décubitus sur le dos, auquel elle s'était habituée. L'amélioration continua sous l'influence seule de cette position toute volontaire. A la fin du mois de septembre, la tuméfaction de la hanche avait beaucoup diminué, et le raccourcissement ne dépassait pas à 15 millimètres.

Au commencement de décembre, la jeune fille commença à descendre de son lit et à marcher à l'aide de deux béquilles. Peu à peu, sa santé et ses forces se rétablissant, elle sortit le 19 janvier 1840. A cette époque, elle faisait le tour de la salle en s'aidant seulement d'un bâton. La claudication était encore très-prononcée, mais la petite malade l'attribuait à la faiblesse du membre, et la douleur avait entièrement disparu.

Les mouvements d'extension et de flexion étaient très-étendus; les mouvements d'abduction et la rotation en dehors étaient très-limités. Le raccourcissement apparent était encore d'un centimètre; la hanche gauche, siége du mal, offrait une tuméfaction assez prononcée avec empâtement des parties. Cette tuméfaction empêchait de sentir bien distinctement la saillie du trochanter.

Cette enfant revint me voir au commencement de février; la santé générale s'était améliorée; la marche était plus facile, tout faisait présager une guérison solide et parfaite.

En traitant des inflammations aiguës de l'articulation du genou, j'ai eu soin de signaler une différence essentielle entre les résultats qu'on obtient par la conversion des positions nuisibles chez ceux dont la jointure était préalablement saine, et ceux au contraire beaucoup moins satisfaisants qu'on obtient dans les cas où l'inflammation aiguë est en-

tée sur des altérations chroniques. On comprend sans peine que la même différence doit exister pour la hanche, sous ce rapport. Ainsi, lorsque l'articulation est malade depuis un temps plus ou moins long, le traitement applicable à son inflammation ne produit plus une guérison complète et permanente, mais se borne à ramener la jointure à l'état plus ou moins grave où elle se trouvait avant le développement des symptômes aigus. Ces accidents passés, on retombe dans toutes les difficultés inhérentes aux maladies organiques de la hanche. Je pourrais citer de nombreuses observations à l'appui de ces dernières propositions; mais comme ces observations allongeraient ce mémoire outre mesure, et qu'elles serviraient seulement à démontrer ce que les résultats obtenus dans les arthrites aiguës sans complication font aisément présumer, je crois devoir me borner à dire que les méthodes de traitement que je propose améliorent, mais ne guérissent pas les articulations coxo-fémorales qui, après une maladie chronique, sont devenues le siége d'une inflammation aiguë. Une bonne position est, dans ces cas, une des méthodes de traitement qu'il faut mettre en usage ; mais, si elle fait partie du traitement, elle est bien loin d'en constituer l'ensemble.

Résultats obtenus de la substitution d'une bonne à une mauvaise position dans les inflammations aiguës de l'articulation du pied.

Les malades qui sont affectés d'inflammation aiguë de l'articulation du pied avec la jambe font habituellement reposer leur pied sur sa partie externe, de telle façon que la plante de celui-ci est tournée en dedans, et que son bord interne regarde en haut ; en même temps, le pied est fortement étendu sur la jambe, le tronc reposé sur le côté malade, et le genou est plié sur la jambe.

Dans cette position, la plante du pied se tourne en dedans, et l'astragale tend à s'échapper du côté externe de l'articulation tibio-tarsienne. Il y a alors distension du ligament latéral externe et pression qui, s'exerçant sur la malléole du péroné, tend à éloigner cet os du tibia. Par ces diverses raisons, la position dans laquelle le pied repose sur son bord externe offre les conditions les plus défavorables. La position où les parties molles de l'articulation tibio-tarsienne ne sont distendues en aucun sens, où il n'y a aucune tendance aux luxations spontanées, est celle où le pied repose sur la face postérieure du talon, et fait avec la jambe, en avant, un angle un peu plus ouvert que l'angle droit.

Cette comparaison entre les conséquences des deux positions que je

viens d'examiner démontre combien il importe de ramener et de maintenir le pied dans cette position, où il repose sur sa face postérieure, sans se renverser ni en dedans ni en dehors ; l'action des mains suffit ordinairement pour produire ce résultat ; si elle est insuffisante, on peut recourir aux machines destinées aux redressements du pied, et même à la section des tendons. Lorsque le pied est redressé, il suffit, pour le maintenir fixe dans la bonne position, de lui appliquer une gouttière qui l'embrasse ainsi que la jambe, et qui soit munie d'un trépied qui l'empêche de se renverser à droite et à gauche.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations propres à démontrer qu'en maintenant le pied dans une bonne position, on arrête dans leur marche les inflammations de cette articulation.

Mais afin de ne pas étendre trop loin les limites de ce Mémoire, je me bornerai à citer le fait suivant :

Obs. ***Inflammation aiguë de l'articulation tibio-tarsienne avec fistule pénétrant dans cette articulation; inutilité des moyens ordinaires; amélioration à partir du moment où le pied a été ramené et maintenu dans une position convenable; guérison.*** — Une blanchisseuse fortement constituée, de l'âge de vingt-deux ans, éprouva, au commencement du mois d'octobre 1839, une vive douleur à l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Cette douleur, qui se déclara probablement à la suite d'un refroidissement, mais toutefois sans cause bien appréciable, se fit sentir faiblement pendant les trois ou quatre premiers jours, mais elle devint ensuite si forte que la malade ne put faire aucun mouvement, et qu'elle fut obligée de garder le lit. Elle entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 10 octobre, dix jours après l'invasion du mal. Il existait alors un gonflement avec rougeur au-devant et sur les côtés de l'articulation tibio-tarsienne ; ce gonflement s'étendait à 3 ou 4 centimètres au-dessus et au-dessous de cette articulation, et était sensible principalement autour des malléoles; la malade avait de la fièvre, et ses douleurs étaient si fortes qu'elle pouvait à peine jouir d'un moment de repos.

Pendant les onze premiers jours, on lui fit une saignée et deux applications de 20 sangsues à la partie inférieure du mollet. Des cataplasmes furent maintenus habituellement sur le pied, et la malade garda le repos le plus absolu. Malgré ces moyens, le gonflement et la douleur augmentèrent graduellement, et le onzième jour il existait en avant et en arrière de la malléole externe une tuméfaction considérable, au centre de laquelle je crus sentir une fluctuation obscure. Je fis alors deux ponctions d'un centimètre de longueur à peu près, l'une en avant et l'autre en arrière de la malléole externe. Il ne s'écoula aucune suppuration bien distincte de ces ponctions, mais les jours suivants des fongosités s'élevèrent à travers les ouvertures que j'avais faites, et celles-ci donnèrent issue à une grande quantité de pus liquide ; 15 sangsues appliquées de nouveau au-dessus de l'articulation du pied restèrent sans effet sensible ; les cataplasmes étant aussi inutiles, je voulus employer la compression avec des bandelettes de diachylon, mais cette compression ne fit qu'augmenter les douleurs ; la malade ne put les

supporter. Cette aggravation du mal continua jusqu'au seizième jour du traitement, vingt-sixième de la maladie.

A cette époque, je commençai à comprendre l'influence funeste des mauvaises positions sur les maladies du pied, et je me demandai si cette malade ne devait pas l'aggravation de ses maux à cette position fâcheuse. J'observai alors qu'elle se tenait habituellement couchée sur le côté externe et un peu antérieur du talon, c'est-à-dire dans la position qui étend le pied, distend les ligaments externes et entraîne la luxation en dehors de l'astragale. Je songeai donc à placer l'articulation malade dans une situation telle que les os reprissent leurs rapports naturels, et qu'il n'y eût plus sur aucun point distension douloureuse des parties molles.

Du moment où la malade eut été mise dans une gouttière, ses douleurs se calmèrent, et deux jours plus tard se dissipèrent entièrement; l'inflammation et la suppuration éprouvèrent une diminution aussi prompte, et la maladie prit une marche graduelle vers la guérison.

Pendant les premiers jours, on continua l'emploi des cataplasmes sur le dos du pied et le devant de l'articulation, qui était complétement à découvert. Plus tard, les bandelettes de diachylon furent appliquées, et la malade les supporta sans peine. Vers le milieu de décembre, un peu plus d'un mois et demi après l'application de la gouttière, les ouvertures fistuleuses étaient guéries, le pied avait presque repris son volume naturel. Quelque temps après, la malade sortit de l'hôpital, marchant sans bâton et dans un état très-satisfaisant.

Cette observation suffit à elle seule pour montrer l'importance des bonnes positions dans les inflammations aiguës de l'articulation tibio-tarsienne.

Dans un cas aussi grave que celui que je viens de citer, et dans lequel je ne prévoyais, d'après mon expérience antérieure, qu'une aggravation de maux telle que l'amputation me paraissait devoir être tôt ou tard nécessaire, on a vu que le simple changement de position et que la stabilité du pied dans une position avantageuse avaient suffi pour changer la marche de la maladie et lui donner vers la guérison une direction aussi constante qu'elle en avait eu jusque-là vers un état de plus en plus grave; ce brusque changement, du reste si bien soutenu à la suite de l'application de la gouttière, a frappé tous ceux qui en ont été les témoins, et spécialement M. Pomuiès, interne de la salle où se trouvait la malade, et qui, comme moi, entreprenait le traitement sans espérance de succès.

Résumé.—En résumé, 1° Dans les inflammations aiguës du genou, on doit avant tout étendre la jambe sur la cuisse et faire reposer le membre étendu sur sa face postérieure. Les gouttières que j'ai décrites sont, de tous les appareils, ceux qui permettent le mieux de remplir cette indication.

2° Dans les inflammations aiguës de la hanche, il faut étendre la

cuisse sur le bassin, faire cesser ses déplacements de latéralité ou de rotation, et la ramener dans cet état où elle est dirigée parallèlement à l'axe du tronc. Lorsque ce redressement a été opéré, il faut placer le malade dans un de mes grands appareils qui entourent le bassin et les deux membres inférieurs.

3° Dans les inflammations aiguës de l'articulation du pied, on doit empêcher celui-ci de rester étendu sur la jambe, et de reposer sur son bord interne ou sur son bord externe. Le membre inférieur doit reposer sur sa face postérieure, et pour l'empêcher de se renverser en dedans ou en dehors, on doit le placer dans des appareils convenables.

4° Le redressement des articulations vicieusement placées est constamment suivi, même pendant le cours des inflammations aiguës les plus intenses, d'une diminution prompte et durable de tous les symptômes inflammatoires. Dans des cas où tous les antiphlogistiques proprement dits restent impuissants, l'immobilité dans une bonne position suffit à elle seule pour produire le mieux le plus sensible; souvent sans elle ce mieux ne peut être obtenu.

5° Si le résultat immédiat est constant, le résultat définitif est loin de l'être; il varie suivant la condition où était l'articulation avant l'inflammation aiguë; si celle-ci était saine, la guérison peut être complète; si elle était affectée d'une altération chronique, cette altération persiste après la disparition de l'arthrite aiguë.

BONNET.

RECHERCHES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR L'ILEUS SPÉCIALEMENT OBSERVÉ A LA CAMPAGNE, ET SUR SON TRAITEMENT.

Parmi les praticiens adonnés, comme moi, à la médecine rurale, il n'en est guère, je pense, même des moins répandus, qui n'aient été souvent mandés, en toute hâte, auprès de gens qui accusaient un violent *mal de ventre*. Or, qu'a-t-on été appelé à constater en général dans ces sortes de cas, qui, d'ailleurs, selon la remarque judicieuse du docteur Munaret (1), méritent, chez le paysan surtout, la plus sérieuse attention de notre part? Le voici : tantôt il s'est agi de simples douleurs rhumatiques des parois abdominales, de quelques coliques hystériques, des suites d'une forte indigestion, etc., que quelques légers moyens ont

(1) *Du médecin de campagne et de ses malades*, 1837, première partie, page 245.

eu bientôt dissipés ; tantôt c'était une péritonite aiguë, une métrite, une néphrite, etc., qu'il a fallu, au contraire, combattre avec énergie ; d'autres fois encore l'on a eu affaire à des étranglements qu'on a souvent pu réduire, mais aussi quelquefois dû opérer ; dans d'autres cas enfin, selon moi plus nombreux qu'on ne pense peut-être, l'on a trouvé le malade en proie aux accidents d'un iléus plus ou moins intense.

Et à propos de ce dernier état morbide, je dois faire observer que sa reproduction assez fréquemment réitérée dans nos campagnes, m'a singulièrement frappé, surtout quand j'ai cherché à me rappeler les rares occasions où il m'a été permis de l'observer pendant une fréquentation pourtant assez prolongée tant de l'Hôtel-Dieu de Toulouse que des cliniques remarquables des professeurs Bouillaud, Chomel, Récamier et Rostan (1). C'est même ce qui, depuis plus de dix ans que j'exerce l'art de guérir, m'a porté à en faire l'un des sujets principaux de mes méditations et de mes recherches, et à recueillir, dans leurs plus minutieux détails, les faits de ce genre qui se sont successivement offerts à mon observation. Aussi m'est-il permis aujourd'hui de hasarder ici, d'après ma faible expérience, quelques considérations théoriques et pratiques qui m'ont paru propres à répandre, s'il est possible, une plus vive lumière sur ce point parfois obscur de la science médicale.

L'on a communément désigné sous les noms plus ou moins significatifs d'*iléus*, *colique ou passion iliaque*, *miserere*, *volvulus*, etc., cet état symptomatique du canal intestinal qui a pour caractère essentiel *la cessation des évacuationss alvines*, en même temps qu'il y a *coliques*, *distension du ventre* et *vomissement plus ou moins répété*, le tout avec ou sans réaction fébrile.

Considéré à son point de vue *purement médical*, cet ensemble de désordres fonctionnels révèle directement un *engouement* ou un *étranglement du tube intestinal*, ou bien encore *un mouvement antipéristaltique* anormalement établi dans cette voie. Mais ce n'est pas là, pourtant, ce qu'il importe le plus de considérer. Il est en effet, fort souvent, encore plus essentiel, pour parvenir à poser les bases d'un diagnostic, d'un pronostic et enfin d'un traitement vraiment rationnels, de remonter, tout en tenant compte de l'état matériel des organes com-

(1) Mes souvenirs me trompent-ils? c'est possible. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que plusieurs de mes confrères partagent mon opinion sur la fréquence assez grande de l'iléus dans la campagne, et que, d'un autre côté, il n'est jamais ou presque jamais question de cette affection dans les traités les plus récents de clinique médicale (Andral, Cayol, Bouillaud, etc., etc.), où, en revanche, une large place est faite, en général, à la colique saturnine, que de notre côté nous n'observons guère.

promis, aux influences ou modifications vitales qui ont préparé et provoqué l'explosion des accidents.

De sorte donc que l'iléus (que je nomme plus volontiers ainsi d'après l'usage général), sans cesser de se dessiner dans la diversité des cas par une expression symptomatique assez uniforme, peut tenir néanmoins à des conditions pathologiques différentes. De là même résulte, sans doute, le peu d'accord qui paraît régner parmi les auteurs et observateurs sur la manière dont on doit envisager cette affection dans l'état actuel de la science. Pour les uns, par exemple, ce n'est qu'un simple groupe de phénomènes morbides qu'il faut confondre avec les maladies dont il peut tour à tour dépendre ; pour d'autres, moins exclusifs, les dénominations qui servent à la désigner n'ont qu'une signification restreinte qui ne s'applique réellement qu'à une fraction des cas ; il en est enfin certains, dont l'autorité médicale est imposante, qui, sans prétendre le moins du monde à faire de l'ontologie, ont pensé, au contraire, et cela avec juste raison, qu'on pouvait, ainsi qu'on l'a fait, du reste, pour l'apoplexie, etc., étudier cet état morbide en quelque sorte comme une maladie *à part*, afin d'en mieux apprécier les indications curatives, après en avoir étudié les nuances les plus saillantes et les plus importantes. Hufeland, entre autres, dans un ouvrage qu'on ne saurait trop lire et relire, puisqu'il est le fruit de cinquante ans d'une expérience des plus éclairées (1), nous a laissé sur cet intéressant sujet un article tellement clair, malgré sa concision, et surtout tellement conforme à l'observation, qu'il me serait impossible d'adopter (sauf quelques légères modifications) un meilleur guide dans l'exposition et la coordination des faits que j'ai à produire.

Quand on est appelé auprès d'un malade atteint d'iléus, il importe au plus haut degré de rechercher, à l'aide de l'analyse sévère des symptômes, comment s'est établie cette *interruption du passage des matières*, qui, selon l'expression du célèbre médecin allemand, constitue *la cause prochaine des accidents* : or, par ce moyen l'on ne tarde pas à reconnaître que cette interruption peut tenir 1° *à un obstacle mécanique* ; 2° *à un spasme ou désordre de l'innervation* ; 3° *à une phlogose intestinale*; je vais donc examiner le mal sous ce triple rapport (2).

De l'iléus par obstacle mécanique. — La libre circulation des ma-

(1) *Enchiridion medicum*, ou *Manuel de médecine pratique*, traduit par Jourdan, 1838, page 422.

(2) Hufeland admet encore une quatrième nuance de cette affection, fondée sur une constipation opiniâtre résultant elle-même d'une *atonie* de l'intestin. J'ai pensé pouvoir la confondre dans la première, dont elle ne diffère pas essentiellement.

tières alvines est, à dire vrai, susceptible d'être enrayée, tantôt par l'accumulation dans la cavité intestinale soit d'excréments endurcis, soit de pierres, noyaux de fruits, vers ou autres corps étrangers; tantôt par un rétrécissement squirrheux ou une invagination de l'intestin, ou, à plus forte raison par l'imperforation de l'anus; d'autres fois enfin par l'effet de quelque tumeur qui comprime, ou de quelque bride de nouvelle formation qui tiraille une portion du tube intestinal, de façon à en oblitérer le calibre, etc. Tels sont du moins les obstacles qu'on a généralement signalés (Hufeland).

Mais l'expérience a prouvé, d'un autre côté, que bon nombre de ces causes matérielles sont rarement assez actives pour amener d'elles-mêmes les accidents de l'iléus (1); que, de plus, elles sont souvent obscures et difficiles à reconnaître durant la maladie (2), et que, par conséquent, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut espérer de diriger contre elles les ressources d'une saine thérapeutique.

Que faire dans ces cas embarrassants? Épuiser toute sa sagacité dans la recherche des obstacles *curables*, et, quand on a été assez heureux pour s'assurer de leur existence, s'efforcer de leur opposer tour à tour, s'il n'existe pas d'autres complications, les *vermifuges*, les *purgatifs*, etc., les plus appropriés aux circonstances : tel est le plan de conduite que doit adopter le praticien. Au reste, comme il est souvent difficile, je le répète, de reconnaître la vraie cause des désordres fonctionnels qu'on est appelé à observer, l'on se trouve, par suite, forcé d'agir à tâtons et de se jeter, pour ainsi dire *à corps perdu*, dans la médecine des symptômes, qui, quoique la pire de toutes les médecines, en général, comme l'a dit le professeur Rostan, est bien des fois dans

(1) Une constipation opiniâtre, par exemple, occasionne rarement l'iléus. Broussais, affecté, sur ses derniers jours, d'un rétrécissement squirrheux du rectum, n'allait que de loin en loin à la garderobe, et cela sans grands accidents. Au bout d'un certain temps, il avait sa *débâcle*, et voilà tout (Amussat). Ma remarque peut s'appliquer également aux *vers*. Une petite fille de huit à dix ans étant morte, en 1828, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse après trois jours d'une maladie qu'on prit, par erreur, pour une vraie méningite aiguë, nous ne trouvâmes sur son cadavre d'autre lésion qu'une anse assez considérable d'iléon, d'un rouge livide, qu'obstruait à peu près entièrement une masse considérable d'ascarides lombricoïdes étroitement serrés.

(2) Une femme mourut en 1829, dans le même établissement, après avoir offert pendant trois ou quatre jours des symptômes d'iléus, et l'ouverture de son cadavre nous fit découvrir, à notre grande surprise (parce que nous étions loin de nous y attendre), une bride péritonéale qui, d'un ligament large, s'était fixée sur un point de l'iléon, qu'elle tiraillait de façon à en oblitérer le calibre

ces cas la meilleure, ou pour mieux dire, la seule vraiment praticable.

Mais, après m'être contenté d'effleurer, en quelque sorte, ce qui a trait à cette première catégorie des cas d'iléus indiquée par le savant médecin de Berlin, il est temps que j'examine, avec plus de détail, les deux autres principales formes de l'affection, qui comprennent les cas dont le diagnostic peut, en général, être mieux approfondi, et partant les plus propres à se prêter aux combinaisons d'une thérapeutique éclairée.

De l'iléus nerveux et inflammatoire. — En dehors des cas dont il vient d'être question, il en est bon nombre d'autres, ai-je dit, qui ont lieu sous deux influences vitales différentes. Tantôt c'est l'innervation, qui, troublée par diverses causes, produit une constriction, peut-être même plus souvent une invagination plus ou moins durable de l'intestin, mais plus fréquemment encore peut-être un simple mouvement antipéristaltique de ce conduit (iléus nerveux ou spasmodique ; iléus proprement dit de plusieurs auteurs). Tantôt, au contraire, c'est une irritation sanguine, une inflammation même intense, qui, en se fixant sur une anse plus ou moins étendue d'intestin (notamment de l'iléon), épaissit ses parois, et finit quelquefois par en oblitérer entièrement le calibre (iléus inflammatoire. Hufeland, etc.).

Cela étant un fait établi, le praticien qui veut s'enquérir de la vraie nature de l'affection et discerner avec précision l'élément nerveux ou inflammatoire (qu'on me passe cette expression), qui peut, tour à tour, jouer le principal rôle, ce praticien, dis-je, ne saurait, dans la plupart des cas, y parvenir qu'en portant l'investigation la plus attentive, non-seulement sur certains épiphénomènes propres à l'éclairer, mais encore sur la constitution, le tempérament, l'idiosyncrasie, le caractère même du sujet, enfin sur son âge, ses maladies antérieures, sa profession, ses habitudes, etc. Ainsi, pour en venir à l'application de ces principes, d'une part, une constitution grêle et délabrée, un tempérament nerveux, le sexe féminin, un âge avancé, le souvenir de maladies nerveuses antérieures, etc., permettront, de prime abord, de penser que l'iléus, survenu au milieu d'un plus ou moins grand nombre de ces influences, tient *probablement* à un spasme, à une perturbation nerveuse ; et cette supposition deviendra plus fondée si, en outre, aux accidents principaux viennent se joindre l'inconstance des douleurs abdominales et le peu de fixité de leur siége, et de plus leur tendance à s'affaiblir plutôt qu'à s'aggraver sous la pression, à plus forte raison s'il n'y a pas de réaction fébrile (1): ainsi, d'autre part, un tempérament sanguin, une

(1) Toutefois, cette absence est un signe souvent trompeur : il est en effet des cas insidieux où il ne se manifeste que plusieurs heures après l'invasion du mal.

constitution forte, la jeunesse ou l'âge adulte, la suppression récente du flux menstruel ou hémorrhoïdal, un taxis longtemps prolongé, etc., devront d'avance faire présumer la nature inflammatoire des accidents ; et ce soupçon se changera finalement en certitude du moment qu'on aura constaté, en sus des symptômes essentiels, une tension douloureuse et constante d'une partie de l'abdomen, surtout s'il s'y joint, ce qui a lieu le plus souvent, une excitation fébrile plus ou moins marquée.

Il est néanmoins certains cas où la vraie nuance du mal ne se dessine pas aussi franchement; comme aussi il en est encore d'autres dans lesquels un véritable état spasmodique semble d'abord prendre les devants pour s'éclipser plus ou moins promptement sous une phlogose réelle de l'intestin. Il importe donc alors plus que jamais de redoubler d'attention et de prudence : l'on devine, en effet, aisément les suites funestes d'une erreur de diagnostic.

Au surplus, comme l'observation rigoureuse et impartiale des faits est le moyen par excellence de s'éclairer sous ce rapport, je crois ne pouvoir mieux faire, dans ce but, que de consigner ici ceux qui m'ont paru les plus propres à intéresser les médecins observateurs.

Obs. I. *Cas d'iléus nerveux*(1). — Veuve Albeng, ménagère, de Cintegabelle, âgée de soixante-douze ans, depuis quelques mois triste et tombée en caducité, fut tout à coup, le 18 mars 1841, après quelques digestions pénibles, prise de tranchées violentes et de vomissements répétés. Mon honorable confrère et cousin le docteur Campaignac, qui la vit peu d'heures après l'invasion des accidents, remarqua aussitôt l'affaissement des traits de la face, la lenteur et la faiblesse du pouls, enfin la saillie des ondulations intestinales pendant les coliques. Il n'y avait d'ailleurs ni soif, ni chaleur fébrile de la peau, ni de sensibilité de l'abdomen; à la pression, celui-ci était néanmoins un peu distendu, quoiqu'il y eût eu, le matin même, une selle naturelle. Un lavement émollient fut administré et ne fut pas rendu: les doses successives d'une potion huileuse et d'une tisane délayante furent invariablement rejetées par le vomissement. Appelé le 19 au matin comme consultant, je constatai ce qui suit : facies très-altéré, langue saburrale, haleine froide, voix très-faible, intelligence pourtant intacte, tendance à l'assoupissement, vomissement non-seulement de toutes les boissons, mais encore d'un liquide jaunâtre et fétide qui paraît provenir de l'iléon; tranchées continuelles, vagues, et que la pression n'exaspère point; pouls lent et à peine sensible, extrémités froides. (Sauf l'absence du dévoiement, cet état imitait assez le choléra algide tel que je l'ai vu, en 1832, à Paris et dans les environs.) Du reste, pas de tumeur herniaire (2). Nous portons un pronos-

(1) L'autopsie des cadavres étant généralement proscrite dans les campagnes par d'absurdes préjugés populaires, l'on voudra bien m'excuser si j'ai qualifié ainsi des cas dont un désordre nerveux m'a paru seul rendre compte.

(2) Pour éviter toute répétition inutile, je ferai observer que mon silence touchant cette complication doit suffire pour indiquer son absence.

tie mortel; cependant, nous prescrivons un lavement purgatif, des frictions sur l'abdomen avec une pommade fortement chargée d'extrait de belladone, et enfin deux sinapismes aux cuisses. Mais, ainsi que nous avions tout lieu de nous y attendre, le lavement est retenu, et les autres moyens sont bientôt reconnus inutiles, car la veuve Albeng expire dans la soirée, c'est-à-dire après moins de deux jours de maladie.

Obs. II. *Deuxième cas d'iléus nerveux.* — Veuve Troy, ménagère de la commune de Cintegabelle, âgée d'environ soixante ans, tempérament nerveux, sujette à des coliques hystériques, surtout depuis la mort récente de son mari et d'un de ses fils, avait perdu, depuis peu d'années, une de ses sœurs à la suite d'une *colique promptement mortelle*, lorsque, dans la nuit du 21 au 22 décembre 1837, elle fut prise tout à coup et sans cause connue de vives douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Le lendemain, dans la soirée, je suis appelé : anxiété extrême, plaintes continuelles à propos de tranchées qui se dirigent de la région lombaire vers le milieu du ventre et jusque vers l'hypogastre; pas de sensibilité à la pression de ces diverses surfaces; vomissement des boissons, et, en outre, de matières bilieuses; pâleur, affaissement des traits, pouls lent et concentré, demi-bain, lavements émollients, liniment anodin, potion antispasmodique, diète. Le 23, les antispasmodiques, qui calmaient d'ordinaire la malade dans ses crises habituelles, sont inutiles; il en est de même des autres moyens; le lavement n'a pas été rendu; pas de selle depuis deux ou trois jours. — Après une nuit agitée, les souffrances restent les mêmes. — Lavements avec assa-fœtida et éther, pommade de belladone en frictions. Le 24, nuit mauvaise, cris continuels, vomissements bilieux, hoquet, constipation; le ventre, toujours indolent à la pression, commence à se ballonner; pas de réaction fébrile; langue nette et humide. — Lavement purgatif, puis le soir, celui-ci ayant été inutile, il est administré une solution de manne qui est rejetée au bout de quelques instants; toujours pommade de belladone. — Le 25, angoisses considérables; le météorisme a fait de nouveaux progrès: nouveau lavement purgatif; pas de selle. Le soir, coliques atroces, pouls concentré et lent. Je hasarde 5 centigr. d'acétate de morphine, divisé en plusieurs doses; malgré cela, pas de calme. Pendant la nuit suivante, la malade ne sait quelle contenance garder. — Le 26, orthopnée, tant le ventre est ballonné. D'ailleurs, même état pour les souffrances, les vomissements, la constipation, etc. Vu le grand danger, je hasarde, en désespoir de cause, 25 à 30 grammes de *mercure coulant* à prendre en deux doses de quart d'heure en quart d'heure. Mais l'effet de ce moyen est encore nul, et veuve Troy succombe, toujours dans les mêmes souffrances, au déclin de la nuit suivante.

Obs. III. *Troisième cas d'iléus nerveux.* — La femme Gorse, de Cintegabelle, mariée à un pauvre cultivateur, âgée de près de soixante ans, tempérament nervoso-sanguin, *caractère irascible*, affectée de bubonocèle crural irréductible, est, de temps à autre, sujette à de violentes coliques. Dans ces crises, à l'occasion desquelles j'ai été appelé trois ou quatre fois dans ces dernières années, il y a en outre des vomissements bilieux abondants; le ventre n'est point sensible à la pression, et la tumeur herniaire, quoique non contenue par un bandage, n'éprouve d'ordinaire aucune modification. Il y a constipation opiniâtre pendant plusieurs jours, et, au milieu de ces dérangements fonctionnels, le pouls reste tranquille. Des lavements émollients

simples et de légers antispasmodiques, d'abord inutiles, finissent par apaiser cette agitation, et la malade reprend, au bout de quatre ou cinq jours au plus tard, sa santé première. Il est fort à craindre que les accidents ne finissent un jour d'une manière moins heureuse.

Obs. IV. *Quatrième cas d'iléus réputé nerveux.*—Le 16 septembre 1835, l'on vint, au point du jour, me prier de me rendre en toute hâte auprès d'un pauvre cultivateur, âgé d'une quarantaine d'années, habitant sur les confins de ma vaste commune, lequel, après avoir fait la veille, sur le tard, un repas considérable composé de haricots et de mauvaises prunes, et assaisonné d'ailleurs d'abondantes libations d'eau fraîche, avait été toute la nuit en proie à des coliques vives et incessantes, auxquelles s'étaient joints des vomissements d'abord de matières alimentaires, puis de bile, ***sans aller du ventre.*** Je partis sur-le-champ et fus rendu au bout d'un peu plus d'une heure à l'habitation indiquée, mais j'arrivai trop tard : le malheureux paysan venait de succomber depuis quelques instants à ses souffrances. L'on n'avait remarqué ni soif, ni chaleur à la peau. Il est donc probable qu'une mort aussi prompte fut due à une sorte de sidération nerveuse. Du reste, je remarquai l'extrême distension du ventre. Nul doute que dans ce cas l'autopsie cadavérique n'eût offert un puissant intérêt.

N. B. Dans peu d'années, j'ai eu l'occasion d'observer quelques autres cas dans le même genre. Dans un cas, l'ingestion d'une certaine quantité d'eau froide, le corps étant en sueur ; dans un autre cas, l'usage d'un gâteau de farine de froment à peine fermenté et à demi-cuit, parurent avoir amené des accidents d'ileus qui furent en peu d'heures suivis de la mort.

Obs. V. *Premier cas d'iléus inflammatoire.* — Paul Alba, de Montgeard, âgé d'une cinquantaine d'années, constitution sèche, tempérament bilioso-sanguin, habituellement bien portant, reçut, dans la soirée du 18 octobre 1833, en pansant un cheval, un violent coup de pied dont celui-ci le frappa au ventre. Tombé immédiatement à la renverse, il se releva sans avoir perdu l'usage de ses sens, et alla se coucher sur son lit. Quelques heures après cet accident, je fus appelé. État actuel : ***légères traces de contusion vers le milieu de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic***; là, légère douleur à la pression; pouls tranquille, rien de plus. Vu l'âge et la force du sujet, *illico* abondante saignée générale; cataplasme émollient sur l'abdomen, lavement simple, diète, repos absolu; nuit calme. Le 19, la région meurtrie est sensible à la pression ; pas de selle, légère agitation du pouls; application de 18 sangsues *loco dolenti*, bain, lavement émollient; amélioration. — Du 20 au 22, celle-ci rétrograde (y eut-il un écart de régime, ou bien avais-je trop peu insisté sur la saignée locale?); vomissements bilieux. Peu habitué à des cas de ce genre, j'espère que cet empirement imprévu se dissipera sans doute spontanément, ou à l'aide d'une plus grande surveillance dans le régime. Vaine illusion! du 22 au 25, c'est-à-dire depuis ma dernière visite, persistance des vomissements; l'on remarque même que les dernières matières vomies ressemblent assez à des matières fécales liquides. Du reste, pas de selles depuis quatre ou cinq jours. Mon confrère le docteur Campaignac se joint à moi, et nous voyons, le 25, le malade en consultation. ***La surface meurtrie de l'abdomen est encore empâtée et douloureuse à la pression***, mais, hors de celle-ci, le malade

en souffre fort peu ; quelques éructations ont lieu ; 15 sangsues, bain, lavement émollient, diète. — Nous nous adjoignons un médecin distingué des environs. Le 26, nous constatons ensemble une amélioration : les vomissements ont cessé; toutefois, le ventre reste empâté et un peu douloureux, surtout à la pression, *au-dessus de l'ombilic*. Il y a là réellement une inflammation partielle de l'intestin grêle ; légère réaction fébrile; petite saignée au bras, 24 sangsues *loco dolenti*. Le 27, soulagement marqué, ventre moins sensible. Un lavement additionné de manne est prescrit; le soir, une selle demi-liquide, sommeil. Le 28, le mieux continuant, mais le ventre restant boursouflé, sans être pourtant à peine sensible à une assez forte pression, nous prescrivons une potion huileuse, et celle-ci, au bout de quelques heures, amène plusieurs garderobes. Crème de riz, eau de veau, boissons délayantes, continuation des lavements et des bains. A dater de ce moment, l'amélioration marche, et, après une convalescence un peu lente, il est vrai, Alba revient, sans nouveaux accidents, à sa santé première (1).

Obs. VI. *Deuxième cas d'iléus inflammatoire.* Laball (Albert), âgé de trente-cinq ou trente-six ans, manouvrier, tempérament sanguin, constitution forte, santé habituellement bonne, éprouva tout à coup, et sans cause connue, à Cintegabelle, où il se trouvait momentanément, et dans la matinée du 1er mai 1835, une forte colique bientôt suivie de vomissements bilieux abondants. Un *médicastre* sans titre, appelé sur-le-champ, s'empresse de lui prodiguer les opiacés *intùs* et *extra*. Immédiatement, empirement remarquable. Invité à mon tour à voir le malade, je le trouve en proie à une forte agitation; *abdomen tendu et douloureux à droite de l'ombilic*, borborygmes douloureux et bruyants, pendant lesquels les circonvolutions intestinales se dessinent largement ; vomissements bilieux, constipation, pouls fréquent et élevé, langue pointillée, soif, urines foncées, peau chaude et moite. *Illico* large et abondante saignée au bras, cataplasme émollient sur l'abdomen, lavement de lin et mauve, diète. Nuit moins agitée. — Le 2, vomissements plus rares, ventre moins douloureux, mais constipation malgré les lavements; 16 sangsues *loco dolenti*, cataplasme émollient. La nuit suivante est encore meilleure, et le lendemain le malade, se sentant assez bien, se fait transporter au sein de sa famille. Quelques jours plus tard, j'apprends qu'il s'est rétabli et qu'il a pu reprendre ses travaux.

Obs. VII. *Troisième cas d'iléus inflammatoire.* — Bounet, laboureur, âgé de quarante-deux ans, habitant de la commune de Cintegabelle, habituellement assez bien portant, tempérament bilioso-sanguin, s'étant, dans la soirée du 11 juillet 1843, gorgé en quelque sorte de guines déjà altérées et encore mouillées par une pluie récente, fut pris, dans la nuit suivante, de vives coliques qui s'accompagnèrent bientôt de vomissements, et surtout d'une distension rapide du ventre; il y eut aussi de vains efforts pour aller à la garderobe. Je le vis le 12 de grand matin. *L'abdomen était sensible autour de l'ombilic* ; il était le siége de borborygmes douloureux; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était le ballonnement extrême de cette cavité : le malade était obligé de rester assis sur son lit et ne pouvait respirer

(1) Ce cas est moins remarquable par sa gravité que par la cause extérieure et purement traumatique qui lui a donné naissance.

qu'avec peine; les vomissements continuaient. Malgré cela, soif médiocre et pouls peu fréquent; la réaction me paraissant peu intense et l'inflammation locale assez manifeste, je me contente de faire poser 15 ou 18 sangsues sur la région douloureuse; demi-bain, lavement émollient, diète. Le 13, l'on m'annonce (car l'on se contente d'une première visite) que la sensibilité du ventre est moindre et les tranchées moins fréquentes, mais que la constipation persiste, ainsi que la distension du ventre; qu'en outre il y a encore quelques vomissements; demi-bain, lavement additionné de manne, décoction de pruneaux pour boisson, diète. — Le 14, à peu près même état, mais plutôt meilleur que pire; peu de vomissements, simples renvois. Je crois, d'après cela, pouvoir tenter une potion huileuse, et je la compose ainsi : Pr. sirop d'orgeat, 30 grammes; huile d'amandes douces, 50 grammes; huile de ricin, 20 grammes; eau de laitue, 100 grammes; eau de fleurs d'oranger, 10 grammes. Le malade en prend deux cuillerées à soupe de demi-heure en demi-heure, ce qui amène lentement d'abord des gaz, puis des selles demi-liquides assez nombreuses, car les évacuations se font encore attendre près de deux jours. N'importe, le mieux se prononça dès lors et fit des progrès incessants. Bonnet, que je ne vis qu'une fois, revint dix ou douze jours après à ses travaux pénibles.

Obs. VIII. *Quatrième cas d'iléus inflammatoire.* — Bernière, scieur de long de la commune de Cintegabelle, âgé de quarante ans, tempérament bilioso-sanguin, santé ordinairement bonne, venait d'éprouver pendant quelques jours une atteinte de dyssenterie, lorsqu'à peine en voie d'amélioration, s'étant un peu fatigué à l'occasion des vendanges, il ressentit tout à coup un violent mal de ventre et fut forcé de s'aliter. Le 3 octobre 1840, je lui fis ma première visite; sa maladie ne datait que de la veille. En vain avait-il espéré obtenir quelque soulagement en se faisant appliquer des linges chauds sur le ventre, et en s'administrant de la thériaque, de l'eau de noix et autres choses incendiaires dont le paysan essaye volontiers dans des cas semblables. Son état ne fit qu'empirer. — Nuit précédente très-agitée, *tension douloureuse du ventre dans une étendue égale à la paume de la main, comprise dans la direction de l'ombilic à la fosse iliaque droite*; vomissements bilieux, soif vive, cessation brusque du léger flux dyssentérique qui restait au moment de l'invasion de cette nouvelle maladie; fièvre, animation de la face. Vu la forte constitution du sujet et la nature évidemment inflammatoire des accidents, je pratique sur-le-champ une forte saignée au bras, en outre 15 sangsues *loco dolenti*, cataplasme émollient, lavement, diète. — Le 6, les vomissements avaient insensiblement cédé, mais la douleur locale du ventre et la constipation persistaient; la fièvre était pourtant moindre; 16 sangsues, le reste *ut suprà*. Nouvelle amélioration, mais bientôt elle est compromise par un écart de régime; l'on me rappelle, c'était le 9. Je constate une distension générale du ventre, mais plus particulièrement *une induration circonscrite et douloureuse vers le flanc droit.* (Était-ce le côlon ascendant ou l'intestin grêle?) J'y fais poser de nouvelles sangsues; malgré la constipation, je m'abstiens d'évacuants laxatifs et encore plus de purgatifs. Amélioration lente. Plus tard cette induration, persistant encore, fut attaquée avec des frictions mercurielles, et enfin par un vésicatoire qui parut décider sa résolution. Insensiblement la constipation céda, et Bernière, au bout d'un mois, put reprendre ses occupations.

Obs. IX. *Cinquième cas d'iléus inflammatoire.* — Artus, laboureur de Mauvaisin, constitution forte, tempérament bilioso-sanguin, âgé de trente ans, s'étant fatigué aux travaux de la moisson, fut pris subitement, dans la nuit du 13 au 14 août 1843, sans cause connue (à part l'abus de boissons froides), de violentes tranchées qui allèrent en augmentant si rapidement qu'on vint me chercher avant le jour. — État du moment : coliques vives, borborygmes douloureux, vomissements bilieux abondants, constipation; abdomen légèrement distendu, *mais plus particulièrement dur et empâté vers la fosse iliaque droite* (fin de l'iléon). La pression y est douloureuse; soif modérée; légère animation de la face; pouls un peu élevé et légèrement fréquent. — Large saignée du bras. L'amélioration qui s'ensuit n'ayant été que médiocre, 20 sangsues sont posées, dans la soirée, sur la surface tuméfiée et douloureuse; cataplasmes laudanisés, bain (mais l'on n'a pas ce qu'il faut pour le prendre commodément). Il s'ensuit un calme réel, mais trois jours plus tard il y a une recrudescence : la tuméfaction douloureuse de l'abdomen persiste, et la constipation aussi, malgré des lavements répétés. Nouvelle saignée locale, lavements huileux, puis un autre additionné de manne en sorte. Le 17, le mieux reprend, mais les évacuations alvines restent suspendues; l'abdomen est un peu boursouflé. Potion huileuse à servir à petites doses. Quelques heures plus tard, le malade rend quelques vents, et, bientôt après, va à la garderobe; les matières sont demi-liquides. Dès lors le ventre s'assouplit et se dégage ensuite entièrement à l'aide de simples lavements adoucissants, de telle sorte qu'Artus peut reprendre ses travaux dix ou douze jours au plus après l'invasion des accidents.

N. B. A peu près à la même époque, et dans la même localité, j'ai eu l'occasion d'observer et de traiter un cas très-analogue au précédent. Il y eut encore ici *une inflammation circonscrite et fort douloureuse de l'abdomen*, avec fièvre, vomissements répétés et constipation opiniâtre. Le traitement reposa d'abord sur la saignée générale et diverses applications de sangsues, en même temps que des bains furent administrés. Je passai ensuite des délayants simples aux laxatifs, soit d'abord en lavements, soit plus tard, sous la forme d'une potion huileuse. Deux ou trois écarts de régime entravèrent la guérison et la convalescence fut des plus pénibles. Mais ce qu'il y eut de vraiment remarquable, c'est que la constipation, au bout de quelque temps, fit place à un dévoiement que je fus forcé, en définitive, de combattre par l'*eau albumineuse*.

Obs. X. *Sixième cas d'iléus inflammatoire.* — Le 20 novembre 1837, vers minuit, je fus appelé en toute hâte au lieu de Saint-Quirc (Ariége), pour y voir le sieur Mailhol, qui depuis quelques heures souffrait, disait-on, d'un violent *mal de ventre*. Ce jeune homme, âgé de trente ans, fortement constitué, et d'ailleurs doué d'un tempérament bilioso-sanguin, attribuait en ce moment le dérangement de sa santé, ordinairement très-bonne, à l'ingestion récente d'une grande quantité de haricots. Il avait, du reste, le ventre déjà tendu *et surtout fort douloureux à la pression au pourtour de l'ombilic*. Tranchées continuelles, borborygmes douloureux, vomissements bilieux, pas de selle. De plus, état d'angoisses et légère réaction fébrile, eu-

fiu céphalalgie et animation de la face. Saignée générale, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, lavement émollient, diète. — Le 21, à peu près même état ; sangsues sur l'abdomen, bain. Le 22, les tranchées, les vomissements et la constipation ne désemparent pas; de plus, le ventre se distend; toutefois il semble moins douloureux au toucher. Bain, lavement huileux, pommade de belladone. Le 23, pas de selle, borborygmes douloureux très-fréquents, abdomen peu sensible à la pression ; le ballonnement du ventre fait des progrès. Irrigations abondantes d'éther sur l'abdomen pour en condenser les gaz ; applications froides, lavement purgatif, potion huileuse. Le 24, les derniers moyens employés n'ont produit aucun effet, de sorte que la tympanite est parvenue presque à son maximum. Mailhol ne peut plus rester dans son lit et est obligé de courir dans sa chambre; son pouls est faible et médiocrement agité; affaissement des traits, pâleur, anxiété indicible nuit et jour. Vu l'insensibilité actuelle de l'abdomen, je me hasarde, dans le but d'obtenir enfin quelques évacuations alvines, à prescrire trois pilules contenant chacune une goutte d'huile de croton tiglium à prendre à divers intervalles jusqu'à effet purgatif. Néanmoins, pas de selle; état de même; le malade est menacé d'asphyxie; hoquet fréquent. Les parents du malade désespèrent de sa guérison, et ne viennent m'apporter de ses nouvelles que le 5 décembre suivant, c'est-à-dire huit jours absolus après ma dernière visite ! A vrai dire, je croyais qu'il n'existait plus. Une nouvelle visite m'est réclamée, et je constate un ballonnement extrême du ventre, des vomissements, une constipation permanente, etc., enfin cet ensemble de désordres fonctionnels que j'ai déjà observés. Il n'y a ni soif ni fièvre, et le ventre, tout tendu qu'il est, supporte assez bien la pression. L'un de ces jours, à la suite de l'usage d'une *légère* solution de manne qui n'a pas été rejetée par le vomissement, il y a eu une petite selle demi-liquide qui s'est fait attendre encore une trentaine d'heures. Maintenant, il y a trois ou quatre jours qu'il n'y a pas eu la moindre évacuation. L'idée me vint alors, vu l'insuccès complet d'abord des antiphlogistiques, puis des laxatifs, des purgatifs et même des drastiques, que le *mercure coulant* pourrait, d'une manière ou d'une autre, ameuer une crise favorable dans cet état de souffrances, depuis quelques jours en quelque sorte stationnaire. En conséquence, j'administre moi-même au malade, coup sur coup, environ deux cuillerées à café de *mercure coulant*. Mais aussitôt les tranchées redoublent, et Mailhol ressent bientôt des tiraillements très-douloureux qui semblent l'exposer à une syncope; il éprouve du moins des défaillances continuelles et pénibles. Présent à ce triste spectacle, je me retire au plus tôt, car je crains quelque catastrophe assez prochaine. Mais quel est encore mon étonnement lorsque le surlendemain je revois le malade dans un état d'amélioration inespéré! J'apprends alors qu'environ trente heures après l'usage du mercure, le malade a vu cesser ses horribles douleurs par l'effet de plusieurs selles demi-liquides très nombreuses et assez abondantes, que la sortie de quelques gaz a précédées. Du reste, le ventre s'est considérablement affaissé et n'est pas douloureux. Le pouls est faible, mais à peine agité. Je n'ai plus qu'à insister sur un régime sévère, des boissons adoucissantes et des lavements émollients. Les évacuations alvines persistent assez longtemps et finissent par céder à divers moyens de traitement.

Aujourd'hui, Mailhol est un des hommes les plus forts et les mieux portants de sa commune. Le cas qu'il a présenté n'a pas besoin de commentaires, et il sera facile à chacun d'y trouver plus d'un enseignement utile.

Résumé et conclusions. — Après les faits particuliers que je viens de rapporter à l'appui de mes idées sur l'iléus, il me serait encore facile, si je ne tenais à éviter de fastidieuses répétitions, d'en citer une foule d'autres analogues qui me sont propres ou que j'ai trouvés disséminés çà et là dans les annales de la science ; mais je me hâte de terminer mon travail en formulant dans les propositions suivantes les inductions théoriques et pratiques qui m'ont paru en découler.

1° L'iléus n'est point une maladie particulière, mais bien seulement un groupe de phénomènes morbides, dont la physionomie et l'allure caractéristiques justifient assez l'étude spéciale qu'on en a quelquefois faite.

2° Cette affection se rapporte, *dans la plupart des cas curables*, à une modification nerveuse ou inflammatoire qui a entraîné, d'une manière plus ou moins durable, la cessation des évacuations alvines.

3° Le diagnostic différentiel des nuances de l'iléus dont il s'agit est en général assez facile. Du reste, la forme nerveuse paraît être l'apanage plus particulier d'un âge avancé et du sexe féminin, et la forme inflammatoire celui de l'âge adulte et du sexe masculin. Quoi qu'il en soit, celle-ci, qui paraît la plus fréquente, du moins dans les campagnes, présente généralement un pronostic moins sérieux, car l'entérite partielle ou locale qu'elle traduit la rend plus accessible aux moyens de traitement que l'on peut lui opposer, tandis que la forme nerveuse, au contraire, marche souvent d'une manière insidieuse et peut d'ailleurs se trouver compliquée de lésions que l'autopsie seule est propre à faire reconnaître.

4° Le traitement de l'iléus nerveux repose essentiellement sur les bains, sur la belladone en frictions ou en lavements (1), mais sans en abuser. L'opium à l'intérieur est plus nuisible qu'utile, et les antispasmodiques sont généralement insuffisants. La nicotiane ou tabac, en lavements, peut au contraire rendre de grands services. (Heister, Dehaën, Conradi, Abercrombie, Hufeland, et plus récemment le docteur Szerlecki (2); mais il ne faut pas oublier qu'une mort subite peut en résulter. On s'est quelquefois bien trouvé du froid administré *intùs* et *extùs* (3). Les laxatifs et les purgatifs, les drastiques même peuvent être successivement essayés avec avantage ; enfin dans certains cas où l'on avait lieu, d'après l'état stationnaire des accidents, de soupçonner une invagination ou une accumulation d'excréments endurcis, on a réussi à rétablir la liberté du ventre au moyen de quelques doses de

(1) Hanius, journal d'Hufeland, janvier 1836.

(2) *Bulletin de Thérapeutique*, tome XVIII, page 85.

(3) Lucas, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, tome VI—I, page 170.

mercure coulant. L'abus de ce métal est néanmoins fort redoutable, et il est bon de n'y recourir qu'en désespoir de cause (1).

5° Le traitement de l'iléus inflammatoire doit être celui d'une entérite partielle intense. Ainsi, saignées générales et locales répétées coup sur coup, tout en ayant égard à la constitution et à l'âge du malade, mais sans tenir toujours pourtant compte de la faiblesse et de la concentration du pouls, qui ne sont souvent qu'apparentes; bains, cataplasmes émollients, soit simples, soit laudanisés, etc. Les lavements sont, dans tous les cas, de puissants auxiliaires. Enfin, lorsque la phlogose baisse, l'on peut, au besoin, se confier, mais avec les plus grandes précautions, aux laxatifs (principalement les huileux), puis aux purgatifs, puis aux drastiques, et enfin, dans certaines circonstances rares, au mercure à l'état métallique.

Léon Nolé, D. M. P.,
A Cintegabelle (Haute-Garonne).

CHIMIE ET PHARMACIE.

QUELQUES MOTS SUR LE VALÉRIANATE DE ZINC ET SA PRÉPARATION.

Les combinaisons de l'acide valérianique avec certaines bases, préconisées depuis deux ou trois ans en Italie comme des médicaments héroïques, commencent à peine à être étudiées en France, sans qu'on puisse expliquer d'une manière satisfaisante la tiédeur de nos praticiens à répéter les expériences de leurs confrères d'outre-monts, à une époque surtout où, moins systématiques et moins prévenus, les médecins cherchent, dans la thérapeutique des médicaments, les meilleurs moyens de soulagement pour leurs malades.

Aussi, lorsque l'attention des médecins a été récemment appelée, par M. Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur les effets du valérianate de zinc, et que les médecins de la capitale ont voulu essayer ce nouvel agent thérapeutique, ont-ils été fort surpris de ne le trouver à peu près dans aucune pharmacie, et les pharmaciens fort désappointés d'être pris au dépourvu.

Il m'est arrivé, à cette occasion, une petite aventure qui mérite d'être racontée, ne serait-ce que pour expliquer la différence qu'on aura pu remarquer et dans l'action et dans le prix de ce médicament, et pour rendre plus réservés les jugements qu'on pourrait porter à l'avenir.

(1) Volff. *Gazette médicale de Berlin*, septembre 1835.

Comme je n'avais point de valérianate de zinc dans ma pharmacie, et que je n'en avais trouvé chez aucun fabricant de produits chimiques, je renvoyai au lendemain, afin d'avoir le temps d'en préparer, l'exécution des trois ordonnances qui m'étaient présentées. Deux clients comprirent très-bien les explications que je leur donnai de ce retard, mais le troisième, qui savait que ce médicament avait été livré à peu près de suite dans une des meilleures pharmacies de Paris, ne s'expliquant pas que je fusse moins bien pourvu que mon confrère, aurait repris infailliblement son ordonnance et porté ailleurs sa confiance, si le médecin, homme des plus recommandables, n'eût eu l'obligeance, à mon insu, de me venir en aide.

Mais bientôt m'attendait un nouveau et bien plus grave désappointement : ce sel, préparé à la hâte, m'était revenu à un prix assez élevé; je savais d'ailleurs que deux de mes confrères venaient de le faire payer, l'un à raison de trente, l'autre à raison de quarante francs le gramme; je comptai donc cinquante centimes chaque prise composée de 25 milligrammes de valérianate de zinc et de 10 centigrammes de sucre.

Là-dessus, vive récrimination; la même dose n'avait été payée, dans une autre pharmacie, que quinze centimes, comment pouvais-je demander trois fois et un tiers ce prix? Le médecin lui-même qui m'avait soutenu quand le malade voulait reprendre son ordonnance, était tout disposé à adresser ailleurs les malades auxquels il pourrait prescrire ce médicament. Vivement affligé de ces résultats, je me bornai à prier le malade de ne point payer les 24 prises que je lui avais livrées, et de me permettre d'attendre, pour en réclamer le montant, que j'eusse préparé ce sel avec moins de précipitation, afin de pouvoir m'assurer avant tout du prix exact de revient.

Je mis en conséquence de suite six kilogrammes de valériane en préparation, et en attendant le résultat de mon opération, désireux de vérifier le fait qui m'était signalé d'une manière positive, j'envoyai acheter, dans la pharmacie qu'on m'avait indiquée, 25 centigrammes de valérianate de zinc, qui furent payés 1 fr. 50 c.

Mais à l'examen, ce prétendu valérianate ne s'est trouvé être que du carbonate imprégné d'acide valérianique huileux.

Dans l'impossibilité d'expliquer cette énigme (car c'en était vraiment une pour moi que cette imperfection dans un médicament sorti de chez un pharmacien consciencieux), je recherchai quelle pouvait être la cause de son erreur, et je ne tardai pas à comprendre comment, avec un peu de préoccupation, on avait pu prendre pour du valérianate de zinc la combinaison imparfaite qu'on avait livrée, surtout pressé qu'on pouvait être de terminer une opération dont le produit était sans doute attendu.

En effet, lorsqu'on prépare pour la première fois un produit chimique dont les propriétés ne sont pas encore bien connues, et surtout un produit à élément organique, il y a toujours quelques tâtonnements dans l'opération, il y a surtout incertitude complète sur la quantité de produit qu'on devra obtenir. J'ai donc compris qu'ayant versé sur du carbonate de zinc de l'acide valérianique peu étendu d'eau, et cela, afin d'obtenir promptement son valérianate, le pharmacien ait pu prendre, pour ce sel amorphe, cette masse blanchâtre, d'apparence légère, qui se présentait à la surface du liquide, et qu'après l'avoir séparée par la filtration, il l'ait portée à l'étuve pour la dessécher, n'ayant pas le temps de la purifier.

Ce fait, rapproché de la difficulté que me disaient avoir rencontrée plusieurs fabricants de produits chimiques pour obtenir le valérianate de zinc par le procédé rappelé par M. Guillermond, m'a fait penser qu'il serait peut-être utile d'indiquer ici quelques légères modifications à ce procédé.

Je conseillerai donc, après avoir obtenu l'acide valérianique par les moyens connus, de prendre de l'oxyde de zinc pur, récemment précipité du sulfate par une solution de potasse ou de soude caustiques, et bien lavé, de le délayer dans une certaine quantité d'eau distillée, d'y verser peu à peu l'acide valérianique, en facilitant la combinaison par une ébullition soutenue, et de filtrer la liqueur bouillante pour en séparer et l'oxyde de zinc qu'il faut laisser en excès, et la couche rougeâtre d'une matière grasse particulière qui surnage le liquide. On fera ensuite évaporer, et lorsque les cristaux commenceront à se former, au lieu d'abandonner la liqueur à elle-même pour la laisser cristalliser (ce qui n'a lieu qu'avec la plus grande difficulté, à cause de la solubilité de ce sel, presque aussi grande à froid qu'à chaud), on continuera l'évaporation à une très-douce chaleur, en ayant soin d'enlever, de temps en temps, le sel qui sera venu à la surface du liquide cristalliser sous forme paillettes nacrées, d'une blancheur éblouissante et d'une extrême légèreté.

J'ai obtenu ainsi très-promptement tout le valérianate de zinc que renfermaient des liqueurs qui, depuis dix jours abandonnées à elles-mêmes, n'avaient fourni que peu ou point de cristaux. 10 kilogrammes de valériane m'ont donné 45 grammes de valérianate de zinc, en employant seulement l'eau distillée pour préparer l'acide valérianique, et laissant de côté, pour l'usage de ma pharmacie, les 20 grammes d'huile essentielle qui auraient pu fournir encore une certaine quantité d'acide. On doit voir par là, avec plaisir, que ce médicament ne sera pas, comme la codéine, exclusivement réservé aux riches, ainsi qu'on l'avait pensé dans le principe.

Le valérianate de zinc n'est pas sensiblement plus soluble à chaud qu'à froid ; 100 parties d'eau bouillante en dissolvent 2 parties et demie, 100 parties d'eau froide en dissolvent 2 parties. Les rapports de l'eau chaude à l'eau froide comme dissolvant sont donc :: 5 : 4.

L'alcool, qui dissout ce sel mieux que l'eau, offre dans son action dissolvante moins de différence encore que ce liquide. 100 parties d'alcool bouillant dissolvent 6 parties de valérianate ; il en faut 105 d'alcool froid pour obtenir la même solution.

L'éther, quoi qu'on en dise, ne dissout pas le valérianate de zinc ; c'est à peine si 50 centigrammes de ce sel, soumis à l'ébullition dans 100 grammes d'éther, ont donné quelques traces de solution.

DUCLOT.

SUR UN NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DU LACTATE DE CHAUX.

Le lactate de chaux, que les fabricants de produits chimiques ne pouvaient, il y a un an, livrer à moins de quarante francs le kilogramme, n'est pas employé directement en médecine, mais c'est de lui qu'on se sert pour préparer le lactate de fer, sel dont l'usage thérapeutique est très-répandu aujourd'hui. Nous croyons donc être utile aux praticiens en faisant connaître le procédé suivant, que M. Gobley vient de publier dans le Journal de Pharmacie, procédé à l'aide duquel on obtient du lactate de chaux très-pur, et qui ne revient pas à six francs le kilogramme.

On prend un nombre quelconque de petites terrines en faïence de la capacité de trois litres, et on met dans chacune d'elles 250 grammes de sucre de lait pulvérisé, 200 grammes de craie du commerce en poudre, un litre de lait parfaitement écrémé, et de l'eau en quantité suffisante pour les remplir. On place ensuite ces vases dans un lieu dont la température est de 25 à 30 degrés centigrades, et l'on a soin d'agiter le mélange de temps en temps, et de remplacer l'eau à mesure qu'elle diminue par suite de l'évaporation.

Au bout de vingt-quatre heures, la fermentation commence d'une manière sensible pour ne se terminer que vers le onzième ou le douzième jour. Lorsqu'elle est achevée, on verse le mélange dans une bassine, et on porte lentement à l'ébullition, en ayant soin de remuer continuellement ; car sans cette précaution le dépôt adhérerait au fond de la bassine et communiquerait une odeur désagréable à la liqueur. On fait bouillir pendant un quart d'heure pour opérer la coagulation du caséum, on laisse déposer et on passe au travers d'un tissu de laine ; on lave ensuite le dépôt pour en séparer le lactate calcique qui y est retenu, et on réunit l'eau du lavage à la première liqueur.

Alors, après avoir ajouté au liquide une suffisante quantité d'eau pour tenir le lactate dissous, on le filtre; puis, si l'on veut en séparer l'acide lactique, on le décompose par l'acide oxalique; si l'on veut, au contraire, obtenir le lactate de chaux, on l'évapore à une douce chaleur jusqu'à ce qu'il n'en reste plus que le tiers environ, et on le laisse en repos pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, on trouve une masse cristalline de lactate calcique qu'on renferme dans un sac de coutil et qu'on soumet à l'action d'une forte presse pour en exprimer autant que possible le liquide qui le mouille; on brise ensuite les pains résultant de la pression, et on les fait sécher à l'étuve.

En faisant évaporer l'eau mère, et en la traitant de la même manière, on en retire une nouvelle quantité de lactate de chaux; le résidu de ces opérations consiste en une matière molle, colorée, comme grasse et gélatineuse, que l'on rejette.

Ainsi obtenu, le lactate de chaux est parfaitement pur; il est très-blanc et sous forme de fragments dus à la réunion de petits globules qui constituent sa forme cristalline. Cette forme, qu'il affecte toujours, est même un très-bon critérium pour l'appréciation de son degré de pureté.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE DES DIABÉTIQUES.

M. le docteur Capezzuoli vient de publier, dans la Gazette de Toscane, un procédé de son invention à l'aide duquel il parvient à reconnaître sûrement s'il existe ou non du sucre dans l'urine des individus affectés de diabétès.

Pour arriver à ce but, cet expérimentateur emploie quelques centigrammes d'hydrate d'oxyde de cuivre et une solution de potasse caustique en quantité suffisante pour rendre le liquide alcalin. L'opération se fait à la température ordinaire, on agite le mélange, puis on l'abandonne au repos.

L'urine, qui se trouble d'abord, s'éclaircit ensuite par la précipitation d'un dépôt très-abondant. Le liquide, d'abord jaune pâle, passe successivement au jaune orangé et à la couleur rouge jujube. Quant au précipité, il est d'abord bleu; puis, au bout de quelques heures, on voit se former à sa surface un cercle jaune serin qui envahit peu à peu la masse; enfin, une couleur rouge plus ou moins foncée, en forme de zone, se substitue au jaune, soit en partie, soit en totalité. Ce phénomène est dû à l'action du sucre sur l'oxyde de cuivre, et cette réaction est surtout vive quand il s'agit du sucre de raisin; or, comme on sait, c'est le sucre de raisin qui se rencontre dans l'urine des diabétiques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION DE RUPTURE DU DROIT ANTÉRIEUR DE LA CUISSE.

J'ai lu, dans l'avant-dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, l'observation d'un cas de rupture du droit antérieur de la cuisse, publiée par M. Lacroix, médecin à Orbec. J'ai eu aussi occasion d'observer un cas de ce genre au début de ma pratique, et comme il diffère sous plusieurs rapports de celui publié par M. Lacroix, surtout dans le mode de pansement et dans la rapidité du succès, j'ai jugé à propos de vous le faire connaître, vous priant de le publier si vous jugez qu'il puisse avoir quelque valeur auprès des praticiens.

Le 27 novembre 1842 je fus appelé, ainsi que mon confrère M. Châtelain père, auprès de M. Julien, brasseur, âgé de cinquante-neuf ans, bien constitué, et ayant joui jusqu'à ce jour de la meilleure santé.

Le malade nous raconta que quelques instants avant notre arrivée, en descendant un escalier, sans lumière, sur les huit heures du soir, il avait eu le pied gauche retenu, par un de ses sabots, à une plaque en fer qui garnissait la dernière marche; qu'il avait perdu l'équilibre et était retombé en arrière de tout le poids de son corps sur la jambe retenue, et qu'alors il lui avait été impossible de se relever seul.

En examinant le malade, qui était alors dans son lit, nous constatâmes à la vue que le genou gauche faisait une saillie très-prononcée en avant; immédiatement au-dessus on remarquait une dépression transversale profonde, imitant assez bien celle qui se remarque sur la face externe de l'avant-bras, dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius. Ayant ensuite cherché à nous rendre compte par le toucher des désordres survenus, nous constatâmes : 1° que la rotule était luxée sur le condyle externe du fémur; sa face antérieure était inclinée en dehors, le bord interne était relevé en avant, et le bord externe abaissé le long du condyle externe. 2° Au-dessus de la rotule on sentait un espace vide, profond, d'environ 4 ou 5 centimètres d'étendue; au-dessous de cet espace, la base de la rotule, et au-dessus le tendon du droit antérieur, déchiré en travers, immédiatement à son insertion à l'os; on pouvait facilement introduire les doigts jusque dans l'articulation, et on sentait facilement l'intervalle des deux condyles du fémur, immédiatement au-dessous de la peau; les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse étaient impossibles.

Il nous fut dès lors facile de diagnostiquer la rupture du droit antérieur. Du reste, le malade ne manifesta aucune douleur pendant nos

investigations, et il nous affirma n'avoir que très-peu souffert au moment de l'accident; il nous assura aussi n'avoir entendu aucun bruit au moment de la rupture.

A notre première visite, nous nous contentâmes d'appliquer des compresses imbibées d'eau blanche sur l'articulation, et de les maintenir avec un bandage roulé, en recommandant de mouiller de temps en temps l'appareil avec le même liquide.

Le lendemain 28, la planchette de Mayor pour les fractures transversales de la rotule fut appliquée, et l'appareil maintenu élevé, formant avec le plan du lit un angle de 45° environ. Il y avait peu de gonflement autour de l'articulation lésée, presque pas de douleur; cependant elle était plus marquée en dehors qu'en dedans; point de fièvre. Nous recommandâmes de tenir constamment des compresses imbibées d'eau blanche au niveau de la rupture.

Le 29, les choses étaient dans le même état : même médication.

Le 4 décembre, le malade allait toujours de mieux en mieux; on apercevait autour de l'articulation des taches livides provenant de l'épanchement de sang survenu à la suite de la rupture, et maintenant en voie de résolution; des taches semblables se remarquaient le long de la face externe du pied gauche, au-dessous de la malléole; au-dessus de la rotule on sentait un bourrelet assez volumineux placé transversalement, peu sensible au toucher, formé par l'épanchement de la lymphe destinée à réunir le tendon rompu à la rotule.

Le 13 décembre l'appareil fut enlevé ; le malade pouvait remuer la jambe en tous sens; les ecchymoses étaient en partie résorbées, le genou était plus volumineux que celui du côté sain. Nous recommandâmes au malade de continuer les applications résolutives et de rester au lit la jambe étendue sur un coussin.

Le 18 décembre, moins d'un mois après l'accident, le malade se leva pour la première fois ; à partir de ce moment les choses allèrent tellement bien, que le 27 décembre, un mois juste après l'accident, le malade pouvait se promener dans les rues de la ville avec sa canne pour seul appui. Aujourd'hui, il ne reste plus aucune trace de claudication, la force des deux membres est la même, et c'est tout au plus si une légère différence dans le volume permet de distinguer le genou qui a éprouvé l'accident de celui de l'autre côté.

Je vous envoie cette observation telle que je l'avais rédigée le 20 février 1843. J'ai revu et revois encore souvent M. Julien; maintenant le genou gauche n'offre pas la plus légère différence d'avec le genou droit.

RAUD, D. M.,
A Luçon (Vendée).

DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE ET DE SON TRAITEMENT ; ET NOTAMMENT DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES AUX CUISSES DANS CETTE AFFECTION.

Voici le résultat d'une longue suite d'observations que j'ai faites pendant plus de trente ans sur la péritonite puerpérale. Je ne m'occuperai que des faits que j'ai bien vus, et non du témoignage des auteurs, car ce n'est pas un mémoire que je veux faire. Qui ne sait que la péritonite puerpérale est une des maladies les plus dangereuses, qu'elle attaque les femmes en couche, le plus souvent le troisième jour après l'accouchement, quelquefois plus ou moins tard, et très-rarement avant l'accouchement? Les femmes qui en sont affectées souffrent beaucoup du bas-ventre, et le plus souvent de la portion du péritoine répondant à l'utérus et aux parois antérieures de l'abdomen. Le bas-ventre est tendu et très-douloureux, il ne peut supporter le poids des couvertures. Il est des cas de péritonite puerpérale où la douleur est plus profonde et va jusque dans l'excavation du petit bassin; alors le ventre n'est ni tendu ni douloureux au toucher. Cette inflammation est partielle et rarement générale. L'utérus est plus ou moins douloureux, de sorte qu'il y a très-souvent une complication de métrite et de péritonite.

Dès le début, il y a frisson plus ou moins fort et prolongé, brisement dans les membres. La douleur est le principal symptôme de la maladie ; elle est ordinairement tensive, pongitive ; quelques malades la comparent à celle que produirait, dans les parties affectées, l'introduction d'un instrument tranchant ou d'une vis ; elle augmente par la pression, par le simple contact de la main ; elle s'exaspère pendant les efforts de vomissement, pour aller à la selle, pour uriner, dans les simples mouvements que fait la malade dans son lit. Ce sont ces mouvements dangereux que le praticien doit éviter avec la plus scrupuleuse attention.

Une disposition individuelle, l'état de l'atmosphère, une affection morale pendant la grossesse et après la couche, l'impression subite du froid, un écart dans le régime, certaines épidémies dont la nature inconnue varie toujours, sont regardés comme les causes les plus communes de la péritonite puerpérale : j'y joindrai les causes de toutes les péritonites.

Un état de malaise, de la fréquence dans le pouls, des nausées, des vomissements, l'anorexie, une douleur violente dans une partie ou plusieurs, ou même presque toutes les parties du péritoine, quelquefois le météorisme et l'accumulation plus ou moins abondante de sérosité indiquent assez cette cruelle maladie. Le poids d'un cataplasme, d'une simple toile est quelquefois insupportable, et l'on est obligé de soutenir

par des cerceaux les couvertures du lit; la douleur peut être moins intense et cesser par intervalles, et ne se faire sentir que sous une pression un peu forte; la face est pâle et comme rapetissée. La gravité de cette maladie se montre souvent dès le début, et augmente de manière à n'offrir que peu d'espoir, si on ne se presse d'y opposer un traitement convenable, et c'est ce dont je vais spécialement m'occuper.

Le traitement, soit avant, soit après la couche, doit varier suivant les causes, les aliments, l'habitation, l'état moral, la suppression ou la diminution de la couche. Ordinairement on applique de suite les sangsues à la vulve, sur le bas-ventre. J'ai vu dans le *Bulletin de Thérapeutique* du mois de mars dernier conseiller la saignée du bras comme un moyen révulsif et antiphlogistique : je pense que cette saignée générale ne doit être employée qu'en cas de forte constitution et de pléthore. Il ne faut pas trop insister sur ce moyen ; je préférerais les sangsues à la vulve, sur le bas-ventre s'il est douloureux, sur les parties supérieures et internes des cuisses ; l'application de flanelle chaude, sèche ou trempée légèrement et avec beaucoup de précaution dans une infusion chaude de sureau, en ayant soin de bien conserver la chaleur égale en renouvelant souvent les applications; l'immobilité dans le lit, tant pour éviter l'augmentation de la douleur que pour conserver une chaleur constante : pour obtenir l'heureux résultat de cet excellent moyen, il faut retenir la malade au lit, empêcher même qu'on ne fasse son lit tant que la douleur continue ; c'est cette position constante qui favorise la résolution. En effet, la malade évite, par ce simple moyen, la douleur atroce qui la tourmente ; les mouvements sont ici dangereux, car ils s'opposent à cette bienfaisante transpiration que l'immobilité favorise toujours. Quand on met les sangsues, il faut tenir la malade couverte le plus possible, et malgré toutes les meilleures précautions, il est difficile d'éviter un léger courant d'air qui peut avoir de graves inconvénients ; voilà pourquoi il sera bon de se borner à une seule application de sangsues dès l'invasion de cette cruelle maladie, et de mettre de suite, si la douleur du bas-ventre continue, de longs et larges vésicatoires à la partie interne des cuisses, où on les laisse quarante-huit heures. Ces vésicatoires ont l'avantage d'être de puissants révulsifs; ils déplacent la douleur et fixent la malade, qui, ne pouvant changer de position, conserve une chaleur égale; et de là l'établissement d'une transpiration qui est de la plus haute importance et qui souvent à elle seule devient curative de la maladie. Les vésicatoires réunissent ici trois avantages principaux : 1° ils remédient aux mouvements involontaires des malades, qui, sans l'immobilité, ne pourraient obtenir et conserver cette égale chaleur et la transpiration qui la suit; et on trouve dans cette transpiration

prolongée et uniforme, d'abord un très-grand soulagement, et puis une guérison complète ; 2° ils agissent comme révulsifs et favorisent l'écoulement des lochies ; 3° ils révulsent aussi presque toujours la douleur et s'opposent efficacement à l'épanchement séreux dans la cavité péritonéale. Il va sans dire que, pour s'opposer à leur action sur la vessie, il faudra saupoudrer les vésicatoires avec un peu de camphre en poudre. J'ai obtenu les plus heureux résultats de ces vésicatoires dans un grand nombre de circonstances, et je ne saurais trop en recommander l'emploi aux praticiens.

Une chose encore qu'aucun médecin n'oublie dans cette maladie, c'est d'entretenir la liberté du ventre, soit par des lavements, soit même au besoin par de légers laxatifs; comme aussi de combattre l'insomnie par une potion légèrement diacodée. J'ai obtenu deux fois un bon effet de l'application d'onguent mercuriel sur le bas-ventre; mais je le fis appliquer sur un large emplâtre de thériaque, je le mis chaud sur l'addomen, et j'engageai les malades à y mettre leurs mains chaudes et d'exercer de légères frictions. Par cette méthode, les malades n'étaient point exposées à l'air froid, et les frictions eurent un admirable succès.

Ainsi, en résumé, on doit admettre que la péritonite puerpérale, dite fièvre puerpérale, exige : 1° la diète absolue; 2° une chaleur égale et constante dans un lit qui ne sera refait qu'après la diminution de la douleur; 3° des sangsues à la vulve ou à la partie supérieure et interne des cuisses; 4° s'il n'y a pas de diminution des symptômes quelques heures après l'application des sangsues, mettre de larges vésicatoires à la partie interne des cuisses; 5° des fomentations avec de la laine chaude ou des cataplasmes légers sur le bas-ventre, si la malade peut les supporter; 6° une tisane d'orge ou une légère infusion de tilleul édulcorée; une potion un peu antispasmodique s'il y a un état nerveux; éloignement de toute affection morale, de toute occupation fatigante ou sérieuse; ne recevoir aucune visite; 7° un air pur et suffisamment renouvelé, sans nuire à la chaleur qui doit constamment entourer la malade.

Je pourrais rapporter un grand nombre de faits pour établir l'excellence de ces données que j'ai suivies dans ma longue pratique.

LEMONNIER, D. M.
à Rennes.

ACCOUCHEMENT TERMINÉ NATURELLEMENT MALGRÉ LA PRÉSENTATION DE LA FACE.

Je croyais, ainsi que plusieurs médecins le pensent aujourd'hui, qu'il fallait intervenir dès le début du travail dans les accouchements avec

présentation de la face. Mais un article, publié l'année dernière dans ce journal (Voyez nº de mai 1843, t. XXIV, p. 378) sur cette partie de l'art obstétrical, article où l'on rapporte des faits recueillis à la clinique d'accouchement de M. Dubois, est venu fort heureusement changer ma conduite en pareille circonstance, et je n'ai pas eu à m'en repentir.

Le 11 juillet 1843, je fus appelé, pendant la nuit, auprès de la femme Trabur, âgée de trente ans, arrivée à terme de sa cinquième grossesse. Cette femme portait une déviation à droite de la colonne vertébrale, ce qui ne l'empêchait pas de jouir d'une bonne santé. Les six premiers mois de sa grossesse ne présentèrent rien de particulier, mais vers la fin du septième, elle fut prise de pesanteur de tête, et une héméralopie s'ensuivit : la même chose lui était arrivée pendant sa précédente grossesse, qui arriva à terme, sans avoir recours à aucun médecin.

Les premières douleurs s'étaient déclarées vingt-quatre heures avant mon arrivée ; mais elles étaient très-modérées, et elles ne devinrent plus intenses que vers les neuf heures du soir ; à onze heures elles diminuent et s'éloignent de plus en plus ; cependant la rupture des membranes s'était opérée il y avait plus d'une heure. Je pratique le toucher ; le col de la matrice est assez dilaté, et je constate la présentation de la face.

Immédiatement je fais une saignée de 200 grammes, et peu de temps après, les douleurs augmentent et se rapprochent. Enfin deux heures ne s'étaient pas écoulées, que la femme Trabur accouche d'un enfant bien portant, sans autre secours de l'art que la saignée.

L'état de bouffissure et de turgescence sanguine de la face de ce petit enfant inquiétait les assistants ; je m'empressai de rassurer le père et la mère, et je les avertis que probablement le petit ne pourrait prendre le sein pendant un jour ou deux, mais que cet engorgement se dissiperait de lui-même sous peu de jours ; cela eut lieu en effet.

La saignée a bien pu être de quelque utilité dans cet accouchement ; mais je suis porté à croire qu'avec de la patience, la femme Trabur serait accouchée aussi heureusement.

—Le 31 août suivant, je fus mandé auprès d'une jeune femme de dix-huit ans, primipare, qui était en travail d'enfant depuis deux jours. Je pratique le toucher et je trouve les parties génitales sèches et de la rigidité au col de la matrice. J'ordonne une pommade avec de l'extrait de belladone à introduire jusqu'au col de l'utérus, et un bain général. Quelques heures après, je reviens voir cette femme ; je la trouve avec des douleurs assez faibles, mais rapprochées ; les parties génitales sont

humectées, et je constate une présentation mento-iliaque droite postérieure. Je crus devoir attribuer le manque de contraction de la matrice à l'engorgement de cet organe, et je pratiquai une saignée de 150 grammes. Une heure après, cette jeune femme accoucha d'une petite fille, qui jouit encore aujourd'hui d'une bonne santé.

Je n'ai que ces deux accouchements pour appuyer le principe que vous avez émis dans votre journal; mais je suis plus que certain que dans la majorité des accouchements où le médecin intervient, la nature seule suffirait si l'on savait avoir la patience d'attendre.

Itard, D. M.,
Médecin de l'hôpital des Mées (Basses-Alpes).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fièvres intermittentes bilieuses simulant par quelques symptômes la fièvre typhoïde. — Nous l'avons dit déjà, le praticien doit être attentif à distinguer, pendant la durée d'une épidémie de fièvres typhoïdes, les affections qui ne prennent que la couleur, que l'empreinte de la constitution régnante, et qui au fond sont une fièvre bilieuse ou une fièvre catarrhale simple. La thérapeutique ici est commandée par la nature de la maladie, et pour guérir promptement et sûrement, il ne faut point méconnaître, malgré l'existence de quelques-uns des symptômes de la fièvre typhoïde, l'indication principale qui découle de la nature de l'affection.

Ces principes ne pouvaient être méconnus par un des médecins les plus sages et les plus habiles des hôpitaux de Paris, M. Martin Solon. Depuis la fin du mois de juin, époque du déclin de l'épidémie de fièvres typhoïdes, il a observé dans ses salles de l'hôpital Beanjon, qu'un certain nombre de malades, bien que présentant quelques phénomènes isolés de la fièvre typhoïde, étaient bien réellement atteints d'autres affections, et que, parmi celles-ci, la plus fréquente était la fièvre bilieuse avec accès intermittents. Sa ligne de conduite a été la conséquence de cette observation, et en un ou deux jours un vomitif et un purgatif ont toujours fait justice de l'appareil fébrile et des symptômes de différents genres qui l'accompagnaient. Parmi les malades que nous avons observés, nous citerons les deux suivants :

Un garçon boucher habitant des Batignolles, âgé de vingt-deux ans, est entré à l'hôpital le neuvième jour d'une affection caractérisée par de la fièvre, de l'accablement, des bourdonnements d'oreilles, de la

céphalalgie frontale et quelques épistaxis. Couché au n° 31 de la salle Beanjon, il présenta dès son entrée la continuation des symptômes précédents ; sa langue était large et limoneuse, il y avait un peu de dévoiement, un peu de gargouillement abdominal, mais sans sensibilité ; le corps était couvert d'un mélange d'éruption papuleuse et de taches lenticulaires. Mais ce qui frappa surtout, c'est que la fièvre prit un caractère intermittent quotidien. Un mouvement fébrile sans frisson survenait le soir ; il était caractérisé par une chaleur très-vive, puis par une abondante sueur, et le matin il y avait toujours apyrexie complète. Un éméto-cathartique qui détermina des vomissements et des garderobes abondantes, suivi, deux jours après, d'un purgatif avec le sulfate de soude, coupèrent immédiatement la marche de cette affection, dont tous les symptômes disparurent. L'on a remarqué qu'à la suite de l'emploi de ces moyens, il y a eu sur le corps du malade développement de nombreux sudamina.

Le second fait est celui d'un jeune maçon, âgé de dix-huit ans, couché au n° 1 de la salle Saint-Louis ; il présentait les mêmes symptômes que le malade précédent ; comme lui, il avait des bourdonnements d'oreilles, des taches lenticulaires et des papules, un peu de dévoiement et point de symptômes thoraciques ; mais il n'avait point présenté d'épistaxis. Arrivé à l'hôpital, il y avait apyrexie ; tous les matins le pouls ne donnait que 56 pulsations par minute ; mais le soir, la fièvre se développait, il y avait une chaleur vive suivie d'une abondante transpiration toute la nuit. Un vomitif composé de 1 gramme d'ipécacuanha et de 10 centigrammes de tartre stibié amenèrent des vomissements abondants ; deux jours après un purgatif salin fut administré, tout rentra dans l'ordre, et le malade fut en pleine convalescence. Chez ce sujet comme chez le précédent on a observé de nombreux sudamina.

La rapidité de ces guérisons indique l'importance du précepte que nous avons établi dans un article de ce numéro, c'est qu'il ne faut pas confondre la fièvre bilieuse avec la fièvre typhoïde.

Hérédité des loupes. — Voici un des cas les plus saillants que l'on puisse observer sur la génération des loupes et la disposition héréditaire à cette production. Nous avons vu, au n° 8 de la salle de la vieille lingerie, à l'hôpital Saint-Louis. Une couturière, âgée de trente un ans, portait vingt-une loupes de diverses grosseurs sur la tête, une loupe au bras et une autre sur le dos. Cette jeune femme, d'une bonne constitution, avait vu survenir chez elle une première loupe au haut du front, à l'âge de douze ans, laquelle fut enlevée. Quatre autres

loupes, situées sur le devant du crâne, ont également été déjà enlevées, il y a quatre ans.

Mais ce qu'il y a de curieux, c'est l'espèce de généalogie des loupes qu'on peut établir dans sa famille. Son grand-père maternel en portait une sur le derrière du crâne ; sa mère en avait trente sur la tête ; le frère de cette femme en a deux à la tête, une au cou, une à l'hypocondre ; sa sœur a comme elle vingt-une loupes à la tête et deux sur le corps. La petite fille de la malade, qui n'a du reste que cinq ans, n'en présente point encore.

Cette femme voulant absolument se faire débarrasser de ces tumeurs, M. Boyer a fait complétement raser sa tête, et l'on a pu constater alors que sur tout le crâne existaient disséminées vingt-une loupes de diverses grosseurs. Les plus petites avaient le volume d'un fort pois ; les plus fortes étaient comme des noisettes. Ces tumeurs étaient dures, fixes, insensibles ; leur base était plus large que leur plus grand diamètre. M. Boyer en enleva dans une première séance huit, au moyen d'une incision et de l'énucléation des tumeurs. Celles-ci étaient composées d'une masse dure, blanche, semblable à des fragments de châtaigne. A peine un peu de douleur et de tuméfaction se manifesta pendant quelques jours sur les côtés du cou, dont les mouvements devinrent gênés. Huit jours après la première opération, on enleva dans la même matinée les treize tumeurs restantes sur le crâne. Il survint un peu de fièvre, mais il n'y eut ni douleur à la tête ni au cou. Un peu de pus se forma dans les poches cutanées de quelques tumeurs, mais à peine un peu de rougeur et de sensibilité survinrent-elles autour des incisions qui furent toutes pansées à plat. Les deux tumeurs situées au bas du moignon de l'épaule droite, l'autre près de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, furent enlevées aussi simplement. Aujourd'hui la malade est sortie de l'hôpital. Presque toutes les petites plaies sont fermées.

Ectropion produit par une brûlure.—Blépharoplastie suivie de succès.—La fille Saba, âgée de vingt-deux ans, entra vers la fin de juin à l'hôpital Saint-Louis pour s'y faire traiter d'une difformité qu'elle porte depuis l'âge de cinq mois, époque à laquelle elle tomba la face dans le feu. Par suite de cet accident, le visage demeura le siége de nombreuses cicatrices dont la plus grave se développa entre le front et la paupière supérieure de l'œil gauche. Cette paupière, complétement renversée en dehors, s'applique par la face externe contre la région fronto-orbitaire avec les tissus de laquelle elle est entièrement confondue. La conjonctive palpébrale, habituellement en contact avec l'air extérieur, est rouge, fongueuse, considérablement hypertrophiée, et

constitue un chémosis constant. Le cartilage tarse est à peine reconnaissable. Les deux tiers inférieurs de la cornée présentent une opacité qui intercepte complétement le passage des rayons lumineux ; celui-ci ne s'effectue que par son tiers supérieur, encore a-t-il lieu d'une manière confuse, si bien que la faculté visuelle est aux trois quarts détruite pour l'œil gauche. L'attitude permanente de cette paupière produit, avec les autres cicatrices de la face, une difformité si considérable, que la fille Saba était dans son pays un objet de dégoût tel qu'elle trouvait à peine qui voulût la prendre en service. Dans de telles conditions elle réclamait avec instance l'opération que M. Jobert lui pratiqua, il y a un mois, de la manière suivante. Il commença par exciser la plus grande partie du bourrelet considérable que formait la conjonctive, et dont la présence, en supposant qu'on l'eût respecté, se fût opposée au redressement de la paupière de dehors en dedans, après que celle-ci eût été détachée de ses adhérences vicieuses. Ce premier temps de l'opération étant achevé, le chirurgien circonscrivit, par une incision convenable, toute l'étendue de la ligne d'adhérence du bord de la paupière avec la région orbitaire ; puis il disséqua de façon à ramener ce bord au centre de l'orbite sans qu'il fût besoin, pour l'y maintenir, d'exercer aucun tiraillement. Le résultat de ce second temps de l'opération fut d'établir entre le bord de la paupière et le point sur lequel il adhérait primitivement une solution de continuité de forme demi-elliptique constituée par l'absence de paupière, du moins dans ses éléments cutané et celluleux ; et c'est à combler cette lacune que s'appliqua le troisième temps de l'opération. Dans ce but, M. Jobert tailla sur la région temporale un lambeau de grandeur et de forme convenables pour être en harmonie avec la perte de substance à laquelle il devait remédier ; le pédicule du lambeau est situé à quelques millimètres et un peu au-dessus de l'angle externe de l'orbite. Une fois disséqué, le lambeau fut reporté en avant par un mouvement de torsion sur son pédicule, qui s'effectua de bas en haut et d'arrière en avant. Ramené de niveau avec la région palpébro-orbitaire, il s'accommoda exactement à la disposition de la solution de continuité au périmètre de laquelle il fut fixé à l'aide de sept points de suture entrecoupée. La plaie de la région temporale, produite par la formation du lambeau, fut réunie à l'aide de la suture dans son tiers le plus inférieur seulement, la cicatrisation du reste de la plaie devant s'effectuer de toute pièce, ses bords restant en place, et cela afin qu'aucun tiraillement vicieux ne vînt changer les rapports naturels que l'on a voulu rétablir entre les paupières : par la non-réunion immédiate, on s'est encore proposé de laisser un intervalle sur lequel on pourra reporter le pédicule après sa section.

Le pansement consista en une compresse fenêtrée enduite de cérat, un peu de charpie mollette par-dessus et une compresse couvrant le tout sans exercer la moindre pression. Les jours suivants, l'inflammation fut modérée, et le gonflement ne fut pas trop considérable; de la face interne de la paupière s'écoula un peu de pus provenant de la surface de la conjonctive excisée. La vitalité du lambeau n'a pas fléchi, et dès le quatrième jour la tuméfaction des parties s'étant opérée, on put voir que la réunion avait lieu sur tous les points, sauf peut-être à l'angle interne. Même pansement. — Le résultat autoplastique chez notre malade continuait d'être des plus satisfaisants, lorsqu'il y a huit jours environ, elle fut prise d'une variole confluente, bien qu'elle porte des traces évidentes de vaccine. Cette maladie nous mit en demeure de constater l'inexactitude de l'opinion de ceux qui ont prétendu que dans les éruptions cutanées survenant à la suite d'une opération d'autoplastie, les lambeaux avaient le privilége de ne pas être envahis par les produits de ces mêmes éruptions. Chez la fille Saba le lambeau palpébral présente des pustules varioliques qui ont le même caractère que celles des autres parties du corps; seulement elles y sont en moins grand nombre.

Hydrocèle enkystée du cordon guérie par l'injection vineuse. — Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, s'aperçut, à la suite d'une marche forcée, du développement d'une grosseur vis-à-vis de l'anneau inguinal droit; cette grosseur ayant augmenté, et la marche étant devenue plus gênée, au point que le sujet était souvent obligé de s'arrêter à cause de la douleur, il se détermina à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut couché dans le service de M. Boyer. Il n'y avait à cette époque que trois semaines que le mal avait commencé; on constate l'état suivant :

Le malade porte à l'extrémité interne du pli de l'aine droite, vis-à-vis l'anneau, une tumeur globuleuse, ou plutôt cylindroïde, et présentant en son milieu un étranglement qui la subdivise en deux tumeurs, dont l'une est dans le canal, l'autre au-dessous de l'anneau. Dans sa totalité, elle représente un cylindre de 5 centimètres de longueur sur 2 centimètres et demi de large. Elle est assez résistante, insensible au toucher, évidemment fluctuante et transparente à la bougie : elle est entièrement mobile et semble se déplacer en totalité comme un kyste. On peut la faire sortir entièrement du canal, et elle occupe alors la partie supérieure du scrotum dont on la chasse ensuite, de manière à la faire remonter tout entière dans le canal inguinal. Le testicule se sent très-bien, parfaitement distinct de la tumeur; le cordon ne se sent point.

Même couché, le malade ressent souvent dans les lombes une légère douleur, qui augmente par la marche.

M. Boyer se décide à opérer avant que le mal soit devenu plus considérable; il pratique la ponction de la tumeur, qui donne issue à quelques cuillerées de sérosité jaunâtre et parfaitement limpide. Une injection vineuse est faite, et le liquide laissé dans le kyste environ quatre minutes. Cette première injection n'ayant déterminé aucune douleur, on en fait une seconde avec du liquide plus chaud qui donne le résultat voulu. Des compresses imbibées de liquide vineux sont appliquées sur le scrotum. Le malade n'éprouve que très-peu de douleur dans le canal inguinal et les reins le premier jour de l'opération et le suivant. Le troisième jour, la tumeur augmente de volume et de consistance, elle occupe le scrotum au-dessus du testicule qui s'en isole parfaitement. Les compresses imbibées de vin sont remplacées par des cataplasmes. La résolution commence le cinquième jour. Le neuvième, la tumeur est réduite au volume d'un testicule normal; elle est dure, mais indolore. Le malade se lève et peut marcher. Enfin, le treizième jour, la tumeur est réduite au volume d'une petite cerise. Le malade va très-bien et sort de l'hôpital.

Oblitération du canal de Warthon par une concrétion organique. — Grenouillette consécutive. — Guérison par extraction de la concrétion. — Le nommé Gravier, âgé de vingt-cinq ans, entra le 21 juin à la salle Saint-Pierre de l'hôpital Necker. Depuis deux jours il accuse de la difficulté pour avaler, et un sentiment de strangulation avec douleur vive. Au-dessous de la mâchoire inférieure, sur le côté droit, il existe une tumeur dure, grosse comme un œuf, semblable à une adénite, et se faisant sentir au-dessous et en avant de l'angle de la mâchoire. N'ayant découvert ni amygdalite ni aucune lésion du pharynx, M. Chassaignac porta plus particulièrement son attention sur la cavité buccale; il y constata bientôt au-dessous de la langue, et marchant parallèlement à la branche droite de la mâchoire inférieure, une saillie rénitente qu'il reconnaît être une distension du canal de Warthon; aussi il diagnostiqua une grenouillette à l'état aigu avec rétention de la salive dans la glande sous-maxillaire, qui était dure, volumineuse et douloureuse à la pression. L'écartement des mâchoires ayant lieu, on aperçut un point blanc semblable à une aphthe siégeant du côté droit, précisément dans le lieu où s'ouvre le canal de Warthon; cette plaque blanche est d'aspect purulent, a la grandeur d'une petite lentille, et semble n'être due qu'à l'ulcération de la muqueuse buccale à l'orifice du conduit de la glande sous-maxillaire. L'extrémité d'un

stylet mousse portée sur cette plaque blanchâtre donne la sensation d'un corps dur, et, en introduisant un peu plus loin l'instrument, on reconnaît que ce corps remplit le canal de Warthon depuis son orifice jusqu'à cinq ou six lignes plus loin. La pointe aiguillée du stylet ayant été légèrement recourbée avec une pince et introduite dans le canal, on parvint à faire sortir, par des mouvements bien ménagés, un corps de couleur blanc jaunâtre, assez ferme et résistant pour conserver sa forme. Cette concrétion organique, de forme cylindroïde, avait en épaisseur les dimensions d'un noyau de cerise, et plus que le double en longueur. Après l'extraction complète de la concrétion, le stylet fut introduit de nouveau dans le canal de Warthon évidemment dilaté, et où il se mouvait très-facilement, puis des mouvements en divers sens furent exécutés à l'effet de chercher s'il n'existait pas dans le conduit quelque autre corps étranger qui eût servi de noyau à la matière dont il a été question. Un instant la pointe du stylet sembla arcbouter contre un corps dur; mais on reconnut bientôt que cet effet tenait probablement à quelque lame aponévrotique sur laquelle venait porter la pointe du stylet. A partir du moment où le canal de Warthon fut désobstrué, le malade dit qu'il se sentait guéri; cependant la glande sous-maxillaire resta encore tuméfiée les deux jours suivants; puis son volume s'étant de plus en plus réduit, le malade quitta l'hôpital.

Cette observation est intéressante par la nature de la maladie, dont les exemples ne sont pas très-communs; par la rapidité de sa formation, puisque le malade affirma que c'était seulement de deux ou trois jours que datait l'invasion des accidents éprouvés par lui; et enfin par la disparition complète et franche de tous ces mêmes accidents à partir du moment ou le corps étranger fut retiré. L'examen microscopique de la concrétion donna pour résultat : 1° une partie centrale dure, offrant au microscope une masse amorphe d'apparence cristalline, dans laquelle se remarquaient du détritus de matière organique; 2° une partie périphérique beaucoup moins dense que la première et presque caséeuse, offrant des globules purulents et des lamelles épidermiques; dans cette masse se voyaient de petites concrétions salines dont le mode de cristallisation ne put pas être constaté.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE ARSÉNIEUX (*Sur l'emploi de l'*), *dans les fièvres intermittentes*. Il y a environ deux ans que M. le docteur Boudin, revenant sur les opinions déjà énoncées par un grand nombre de médecins allemands, et par Fodéré en France, préconisa l'emploi de l'acide arsénieux, à dose médicamenteuse, dans le traitement des fièvres intermittentes. Quoique la presse médicale ait, à l'envi, reproduit les idées de M. Boudin, nous nous sommes tenu sur une extrême réserve à l'endroit de cette médication, et nous avons même exprimé toutes nos craintes de voir un agent aussi dangereux entrer dans la thérapeutique. Malgré les faits nouveaux invoqués à l'appui des idées de M. Boudin, nous conservons notre réserve, et nos craintes nous paraissent aussi légitimes. Cependant, pour reproduire autant qu'il est en nous le mouvement de la science, et d'ailleurs pour mettre sous les yeux de nos lecteurs les éléments de cette médication, afin qu'ils puissent la juger, nous donnerons l'analyse d'un mémoire récemment publié par M. Jules Bernard, et dont il a pris les matériaux dans l'hôpital de Versailles, dont M. Boudin est médecin en chef.

Depuis le mois de mai 1843, l'acide arsénieux a été administré, à l'hôpital de Versailles, à plus de deux cents fiévreux. Voici, en général, les résultats obtenus : Guérison aussi rapide que par le sulfate de quinine; rechutes moins fréquentes; innocuité absolue à la dose de 2 à 4, et même 6 milligrammes. Du reste, absence de goût et d'odeur, et facilité d'administration. Si, dans le nombre, il s'est présenté quelques fièvres rebelles, elles ont cédé à l'administration continue et à une dose plus élevée d'acide arsénieux. Si d'autres ont résisté à l'arsenic et au sulfate de quinine, elles ont disparu par l'action des deux médicaments réunis : ces cas sont l'exception, et la règle générale est la guérison, après la deuxième ou la troisième prise de 2 milligrammes. Sur tous ces malades, pas un accident à signaler, et, pour prouver l'innocuité de ce médicament convenablement administré, l'auteur rapporte quatre observations d'affections syphilitiques traitées par l'acide arsénieux, à des doses graduellement élevées de 6 milligrammes à 5 et 18 centigrammes, sans que ces malades aient éprouvé le moindre accident. La dose employée à l'hôpital de Versailles est de deux milligrammes cinq à six heures avant l'accès, soit en poudre, soit en solution : grâce aux garanties qu'offre la pharmacie militaire, M. Boudin a substitué à la poudre qu'il employait à Marseille la solution aqueuse, plus efficace et d'une préparation plus facile :

Acide arsénieux,	10 centigrammes.
Eau distillée,	1 litre.

Vingt grammes de cette solution représentent 2 milligrammes d'arsenic. Chez ceux dont la constitution a été vivement influencée par l'intoxication miasmatique, et dont l'accès n'a pas été arrêté par une première prise de 2 milligrammes, la dose est portée à 4 milligrammes; souvent, quoique la fièvre n'ait pas reparu, l'administration de l'arsenic est continuée.

Dans les cas où la fièvre intermittente n'est pas simple, et ils sont très-nombreux, l'administration de l'arsenic doit être précédée, comme du reste celle du sulfate de quinine, de quelques soins particuliers. La forme gastrique ou bilieuse constitue un caractère tellement fréquent, que les trois quarts au moins des malades entrés à l'hôpital de Versailles avec une fièvre de marais, présentent le cachet particulier à l'embarras gastrique; c'est dans ces cas que M. Boudin fait prendre un vomitif composé d'ipécacuanha, 1 gram. de tartre stibié, 10 centigrammes, dans 150 grammes d'eau distillée. Ce n'est qu'une heure après le dernier vomissement que le malade prend l'acide arsénieux. Il nous est impossible de ne pas remarquer ici que les observateurs de tous les temps ont remarqué que les accès de fièvre intermittente disparaissent souvent après l'administration d'un vomitif dans ces fièvres surtout qui s'accompagnent d'embarras gastrique.

Si nous consultons maintenant les vingt-deux observations qui accom-

pagnent le mémoire de M. Bernard, nous sommes plus portés encore à faire preuve de réserve sur l'efficacité du traitement arsenical. Qu'y voyons-nous, en effet? Qu'un seul malade a pris l'acide arsénieux seul; que chez tous les autres la médication a été complexe; 16 ont pris, avant l'arsenic, la potion vomitive; chez un, l'arsenic a été associé au sulfate de quinine; chez trois, il l'a été à ce sel et aux vomitifs; chez un autre enfin, à la saignée, au vomitif et au sulfate de quinine. Quelles conclusions, par exemple, tirer de faits analogues à celui-ci : « La Grue, 22 ans, en garnison à Versailles, sans maladie antérieure, fut pris, le 1er mai, pendant sa garde à la caserne, à cinq heures du soir, de frissons suivis de chaleur. Le 2 mai, il n'éprouve rien, qu'un peu de faiblesse et de fatigue dans les membres. Le 3, la fièvre paraît à cinq heures jusqu'à minuit. Il entre à l'hôpital le 4 mai, jour d'apyrexie; le 5 mai, accès à huit heures du soir. Le 6, potion vomitive, et 2 milligrammes, à huit heures et demie du soir. A la suite de cette médication, les accès ont disparu. Le malade est sorti le 16 mai, après 14 jours d'hôpital. » Quel praticien n'a vu de ces accès de fièvre printannière cesser après le 3e ou 4e accès, sous la seule influence ou d'un léger vomitif ou d'une simple tisane amère ?

En résumé, sans contester absolument l'efficacité du traitement arsenical, nous ne croyons pas que les faits invoqués jusqu'ici prouvent sa supériorité sur le sulfate de quinine, ni même son égalité d'action ; et nous trouvons dans ce traitement des inconvénients si graves, surtout dans la pratique civile, que nous n'osons pas le recommander aux praticiens. (*Journal de médecine*, juillet 1844).

ANUS ANORMAL *s'ouvrant à la vulve* (*Etablissement d'un anus artificiel dans la région anale dans un cas d'*). Parmi les difformités congénitales de l'anus, les plus fréquentes sont : l'imperforation du rectum, et l'ouverture anormale de cet intestin dans un autre point que la région coccygienne. Le plus ordinairement chez les jeunes filles, le rectum s'ouvre dans le vagin, rarement à la vulve : aussi croyons-nous utile d'appeler l'attention du praticien sur l'observation suivante qui offre un exemple de cette dernière difformité, en même temps qu'elle fait connaître un procédé opératoire propre à y remédier. Dans le service de M. Bérard à l'hôpital de la Pitié, entra une jeune fille de dix ans, venue au monde avec la difformité suivante : le rectum, au lieu de se terminer au-devant du coccix après s'être séparé du vagin sous un angle aigu, à plusieurs pouces au-dessus du plancher périnéal, comme cela a lieu dans l'état normal, suit le vagin dans tout son trajet et vient s'ouvrir derrière lui, dans la commissure postérieure de la vulve. Cette jeune fille offre donc une disposition qui a son analogie dans certaines espèces animales, elle a en un mot un véritable cloaque, la vulve se trouvant être le confluent du rectum, du vagin et de la vessie par l'urètre. En présence de ce vice de conformation, qui ne compromettait nullement la vie de celle qui en était atteinte, M. Bérard s'est demandé si une opération était utile, si elle était indispensable : pour l'exercice ultérieur des organes génitaux, il n'est pas douteux que la réponse ne dût être affirmative; à ce point de vue il était utile d'ouvrir une autre voie aux matières fécales : mais cet avantage, si grand qu'il soit, n'eût pas paru suffisant pour contrebalancer les chances d'une opération; et le chirurgien s'est surtout décidé à la tenter en raison du bienfait qui en résulterait pour la malade si on parvenait à prévenir l'incontinence des matières fécales, l'une des infirmités sans contredit les plus pénibles, et qui devait avoir la plus fâcheuse influence sur la vie tout entière de la malheureuse qui en était atteinte. Mû par ces considérations, M. Bérard, avant de procéder à l'opération, chercha à s'assurer si le nouvel anus qu'il se proposait de substituer à l'anus normal n'aurait pas, sous le rapport de l'incontinence des matières fécales, le même inconvénient que ce dernier : or, ayant choisi la région anale pour y établir l'anus artificiel, il rechercha, à l'aide de fortes pressions exercées avec le doigt sur cette région, s'il ne déterminait pas la contraction du muscle sphincter externe, le seul sur lequel on pût rationnellement compter, puisque l'extrémité du rectum ne devait pas arriver jusqu'au périnée : or sous l'influence de ces pressions, le chirurgien crut à plusieurs reprises sentir des contractions assez énergiques

repousser son doigt : il y avait donc de fortes présomptions pour croire à l'existence d'un sphincter anal, circonstance du plus haut intérêt pour les suites de l'opération. Celle-ci eut lieu de la manière suivante : la jeune fille étant convenablement couchée sur le dos, un gorgeret fut introduit dans l'anus anormal jusqu'à une hauteur de deux pouces et demi, c'est-à-dire jusqu'à l'espèce de cul-de-sac que formait le rectum au point où il commençait à se dévier de la direction normale pour suivre le vagin; la cannelure de l'instrment regardait en arrière : avec l'extrémité du gorgeret on déprima fortement cette portion du rectum, de manière à la rapprocher le plus près possible du périnée, et appliquer la cannelure du gorgeret contre la paroi postérieure. Cela fait, un aide maintenant le gorgeret en position, une incision cruciale fut pratiquée aux téguments, dans le siége ordinaire de l'anus, à quelques lignes en avant de l'extrémité du coccyx : puis un bistouri à lame étroite fut plongé directement en haut, de manière à aller gagner l'intestin abaissé et à venir s'arcbouter contre la cannelure du gorgeret : arrivé à ce point, l'intestin fut incisé sur cette cannelure et l'instrument retiré, en ayant soin d'agrandir le trajet dans toute la longueur. L'opération terminée, on voulut s'assurer si l'intestin avait bien été réellement ouvert : à cet effet on injecta un lavement par l'anus anormal, puis on appliqua le doigt sur cet orifice, et au bout de quelques instants, le lavement fut rejeté avec force par l'ouverture artificielle que l'on venait de pratiquer, et il entraîna avec lui une grande quantité de matières fécales. On introduisit ensuite dans cette ouverture une forte mèche dont l'extrémité supérieure fut portée jusque dans le rectum, dans le double but d'empêcher la réunion de la plaie et de maintenir tout le trajet dilaté : le lendemain et les jours suivants aucun accident n'est survenu : les matières sortaient par les deux ouvertures; on a soin de retirer la mèche chaque fois que la jeune fille sent le besoin d'aller à la garderobe. Le quinzième jour, les choses étaient dans le même état. Le nouvel anus ne s'était pas dutout rétréci. On continue l'application des mèches, aussi n'a-t-on pas encore pu constater l'existence d'un sphincter externe.

M. Bérard fait remarquer avec raison que cette opération est loin d'être terminé ; il restera, après que l'anus artificiel sera complétement établi, à procéder à l'oblitération de l'anus anormal, soit à l'aide d'un caustique promené sur tout le pourtour de l'orifice, soit avec le cautère actuel. (*Gaz. des Hôpitaux*, juin 1844.)

CALCULS NOMBREUX *occupant la fosse nasale gauche.* Le développement des concrétions calcaires à l'intérieur des fosses nasales s'observe rarement. M. Velpeau en a cependant rapporté plusieurs exemples dans le *Dictionnaire* en vingt-cinq volumes, et M. Demarquay a présenté à la Société anatomique plusieurs calculs également extraits des fosses nasales. A ces observations, il convient d'ajouter celle qui suit : Bardou, âgée de trente-cinq ans, est une femme grande, bien constituée quoique d'un tempérament lymphatique. Il y a six semaines environ, elle vint consulter M. Blandin pour une gêne considérable qu'elle éprouvait en respirant, et dont le siége était dans la fosse nasale gauche. Depuis quelque temps, cette femme avait une suppuration fétide par le nez, et elle montrait un calcul du volume d'une lentille qui, peu de jours avant, lui avait été extrait par un médecin de service au bureau central. Cette malade resta quelques jours dans le service de M. Blandin, qui lui retira chaque jour des fragments de calculs et même des calculs entiers assez volumineux ; un de ces derniers avait la grosseur d'une noisette ordinaire. L'extraction de ces corps anormaux rendit à la malade le libre exercice de ses narines et fit cesser cet écoulement purulent, fort désagréable pour la malade. Mais quelle peut être l'origine de ces calculs? Seraient-ils dus à la concrétion de certains principes du mucus nasal, ou bien à la partie saline des larmes dont l'écoulement a lieu incessamment à l'intérieur du nez? Cette opinion, soutenue par M. Demarquay devant la Société anatomique, n'est nullement invraisemblable. Toutefois, nous pensons avec M. Barth, qui vit la malade de M. Blandin et à laquelle il avait lui-même extrait plusieurs calculs, que cette concrétion des principes salins des larmes et du mucus nasal est le plus souvent favorisée par la présence d'un corps étranger antérieurement in-

troduit daus les fosses nasales. C'est ainsi que chez la malade dont il s'agit, un noyau de cerise semblait avoir été le centre d'agrégation de ces éléments salins et l'origine première du calcul. (*Gaz. des Hôpitaux*, juin 1844.)

CÉPHALALGIE (*Sur la compression des carotides dans la*). Ce moyen a été déjà recommandé par M. Blaud, de Beaucaire, qui assure en avoir retiré d'excellents effets. Cependant, il avait été complétement abandonné. Les observations de M. le docteur Dechange auront-elles pour effet de le remettre en vigueur? Ce moyen est si simple et si facile quo nous croyons qu'il peut trouver son application. Dans le cours d'un voyage dans l'Amérique centrale, l'auteur fut atteint d'une fièvre intermittente de mauvais caractère. Dans le stade de chaleur, il ressentait de vives douleurs dans la partie gauche de la région occipitale; en portant le doigt sur la carotide droite dans le but d'explorer le pouls carotidien, il remarqua avec surprise que la douleur cessa brusquement; la compression de la carotide gauche ne donnait pas le même résultat. Il exerça de nouveau la compression, pendant une minute, sur la carotide droite, avec autant de succès que la première fois; il la suspendit, les douleurs de tête reparurent avec l'afflux du sang; mais elles avaient perdu une grande partie de leur intensité. Pendant plusieurs jours de suite, il recourut au même moyen et le résultat fut constamment le même. Le matelot qui lui servait de domestique dans ce voyage fut atteint, quelques jours après, d'une fièvre intermittente quotidienne avec vomissements bilieux très-abondants. Pendant le stade de chaleur, il était en proie à un délire si violent que deux hommes robustes avaient peine à le retenir sur sa couche. Il fit comprimer les deux carotides, et à l'instant même il se trouva soulagé et cessa bientôt de délirer. Les jours suivants, lorsqu'il sentait avancer la période de chaleur, il se comprimait lui-même les carotides, et prévenait ainsi le délire dans lequel il était tombé les jours précédents.

M. Dechange a aussi employé ce moyen contre des douleurs sus-orbitaires et dans la céphalalgie provoquée par l'abus des boissons alcooliques. Le résultat a été satisfaisant. (*Ann. de la Soc. de Méd. d'Anvers*, juin 1844.)

ENFANT BICÉPHALE (*Ligature de l'une des têtes d'un*). Nous rapporterons avec tous les détails ce cas extraordinaire, moins curieux par l'espèce de monstruosité que par les différents phénomènes physiologiques observés pendant l'opération.

Le 31 octobre 1843, M. Bühring fut appelé au village de Kleinow, district de Perleberg, chez le paysan B. qui le pria d'enlever une tumeur placée derrière la tête de son enfant nouveau-né. Arrivé au village, le médecin trouva la mère, accouchée à peine depuis dix-huit heures, tournant déjà le rouet à côté du berceau où il trouva une petite fille couchée sur le côté gauche, et ayant à la partie postérieure de la tête une grosse tumeur informe, et couverte en grande partie de cheveux. A un examen plus attentif, M. Bühring nota une tête petite, le front aplati comme chez le singe, les pariétaux s'approchant en angle dans la suture sagittale, la fontanelle antérieure normale, la postérieure très-grande et couverte d'une peau mince; une partie du pariétal gauche et de l'occipital correspondant paraissait manquer à l'endroit où ces deux os concourent à la suture lambdoïde; la face régulièrement formée, ainsi que les autres parties du corps bien développées; la tumeur pesait, avec son appendice céphalique, 8 livres et demie; sur l'occiput, à côté de la fontanelle et un peu à droite, était placée la tumeur tenant à un pédicule d'un pouce et demi d'épaisseur, et formant ainsi une seconde tête plus grande que la tête de l'enfant. cette pseudo-tête avait la face tournée à droite; on y observait une fente oculaire sans bulbe, une saillie indiquant le nez, et une dépression à la place de la bouche; on n'y touchait pas d'os; elle était formée par un cuir chevelu, élastique, dans quelques points comme cartilagineuse. A la partie postérieure de cette espèce de môle, il existait un second sphéroïde très-rouge, évidemment fluctuant et insensible à la pression, tandis qu'on ne pouvait pas toucher les autres parties du môle sans faire crier l'enfant. Il en était tout autrement lorsqu'on comprimait le pédicule qui réunissait les deux têtes; la sensibilité était nulle, et en augmentant la constriction, on ne

faisait naître d'autres symptômes que ceux de la congestion cérébrale.

M. Bübring se décida pour la ligature du pédicule; mais, avant de l'entreprendre, il fit une incision de 2 pouces et demi dans la partie fluctuante, qui donna issue à 5 onces de sérosité jaune, transparente; en écartant les lèvres de la plaie, on voit au fond deux hémisphères normaux avec des circonvolutions médullaires très-saillantes, séparés par une scissure longitudinale profonde, dans laquelle s'avançait un fort processus falciforme; il pratiqua ensuite la ligature autour du pédicule avec un ruban ciré très-fort; à mesure qu'on serrait les nœuds, la respiration de l'enfant, tranquille jusqu'alors, devenait pénible, précipitée, le pouls plus fréquent, petit, plus dur; les pupilles dilatées, les vaisseaux de la face et du crâne fortement injectés, surtout la veine jugulaire externe. On fit une saignée à cette dernière avant d'achever la constriction du pédicule; le jet de sang de la saignée, interrompu d'abord, devint ensuite très-fort; après que trois onces de sang se furent écoulées, tous les accidents indiqués ci-dessus disparurent, excepté un peu de gêne dans la respiration et des mouvements irréguliers dans les membres. L'enfant fut mis au sein de la mère; la masse isolée par la ligature était violette en dehors, et si rouge en dedans qu'on ne reconnaissait plus la substance médullaire. Au bout de quelques minutes, elle était complétement froide, et comme l'enfant tétait tranquillement, on put examiner la masse liée avec plus de soin. Une incision longitudinale divisa d'abord la peau ferme, épaisse et couverte de cheveux; au-dessous d'elle, il y avait une véritable dure-mère qui formait inférieurement une espèce de tente de cervelet au-dessous de laquelle il y avait un hémisphère médullaire rouge, dont la substance ne ressemblait pas à celle du cervelet; on reconnut les grands lobes du cerveau, mais pas d'hémisphères du cervelet, pas de lobes, pas de cuisses et pas de vestiges d'une moelle allongée.

Il existait un fort sinus au bord postérieur du pli qui représentait la tente du cerveau; ce sinus, rompu par l'accumulation du sang, recevait deux troncs veineux provenant de l'occiput de l'enfant et compris dans la ligature. En écartant la grande scissure du cerveau et en attirant la faux, on put facilement séparer les deux lames; il y avait beaucoup de sang extravasé entre elles, et on en trouva aussi entre l'arachnoïde et le cerveau; en soulevant toute la masse de substance médullaire pour examiner la base, on reconnut assez distinctement, malgré beaucoup de caillots, un pont de varole et une commissure qui réunissait les deux hémisphères; les grandes cuisses du cerveau et les autres parties de la base du cerveau manquaient.

Pendant tout le temps de cet examen anatomique, l'enfant n'avait pas cessé de téter, et, deux heures après, il ne manifestait pas encore le moindre signe de douleur; la tumeur fut bien enveloppée de compresses trempées dans de l'eau-de-vie et soutenues par des bandes, et lorsque M. Bübring quitta l'enfant une heure après, il dormait paisiblement dans son berceau; mais à la seconde visite, il le trouva mort, trente-six heures après l'opération.

L'autopsie ne laisse pas le moindre doute sur la nature de la monstruosité; c'était évidemment une seconde tête, puisque la véritable tête de l'enfant était complétement organisée; elle ne communiquait pas avec la pseudo-tête par une substance médullaire, mais par des cordons nerveux, des vaisseaux, et par le prolongement de la dure-mère. Les autres organes étaient à l'état normal. (*Gaz. médicale de Paris*, juin 1844.)

FOLIE (*Recherches statistiques sur l'hérédité de la*). L'influence de l'hérédité dans la production de la folie est un fait hors de toute contestation, mais il reste à l'étudier dans ses détails, à rechercher dans quelle proportion et suivant quelles lois l'hérédité se reproduit; il reste à comparer les folies héréditaires aux folies non héréditaires sous le rapport de l'âge, de leur durée, de leur terminaison, etc. C'est cette étude que vient commencer M. Baillarger dans le travail que nous analysons, auquel 600 observations minutieusement recueillies servent de base.

Sur ces 600 cas de folie, on trouve 440 individus auxquels la folie a été transmise en ligne directe par le père ou par la mère; 13 autres malades chez lesquels, en outre de la circonstance précédente, on trouvait des parents collatéraux et des frères ou sœurs aliénés. Chez les 147 sujets

restant il n'y avait que des parents collatéraux qui eussent été atteints de folie; il faut donc les enlever. Ainsi, sur 600 observations, la transmission en ligne directe par le père ou par la mère a été constatée 453 fois.

Maintenant, la folie est-elle plus souvent transmissible par le père ou par la mère? La maladie de la mère se transmet-elle à un plus grand nombre d'enfants que celle du père? La folie se transmet-elle plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons? Voici les chiffres que M. Baillarger donne pour répondre à ces questions.

Sur les 453 cas que nous venons d'indiquer, la folie a été transmise par la mère 271 fois, et 182 fois pour le père. Ainsi, la folie de la mère est plus fréquemment héréditaire que celle du père dans la proportion d'un tiers.

Sur les 271 cas où la folie a été transmise par la mère, la maladie s'est manifestée 203 fois chez un seul enfant, 62 fois chez deux enfants, 5 fois chez trois enfants, 1 fois chez quatre enfants : total des enfants aliénés par l'influence de la mère, 271. Ainsi, 68 fois sur 271, la folie a été transmise par la mère à plusieurs enfants, c'est-à-dire dans plus *du quart des cas*. — Sur les 182 familles dans lesquelles la folie venait du père, les observations ont montré la maladie 152 fois chez un seul enfant, 26 fois chez deux enfants, 4 fois chez trois enfants, total 182. Or, 30 fois seulement la folie du père a été transmise à plusieurs enfants, c'est-à-dire dans *un sixième* des cas.

Ainsi, l'on peut conclure que la folie de la mère n'est pas seulement plus fréquemment héréditaire, mais encore qu'elle atteint un plus grand nombre d'enfants.

Pour la solution de la troisième question, savoir : si la folie se transmet plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons, M. Baillarger fait appel à 561 observations. Sur ce nombre, 346 enfants avaient hérité de la maladie de la mère, et chez 215 elle avait été transmise par le père. Sur les 316 cas de folie venant de la mère, on trouve 197 filles et 149 garçons. La différence en plus des filles est *d'un quart*; sur les 215 cas de folie venant du père, on voit 128 garçons et 87 filles. La différence en plus des garçons est *d'un tiers*.

La folie de la mère se transmet donc plus souvent *aux filles* qu'aux garçons, dans la proportion *d'un quart*; la folie du père, au contraire, plus souvent *aux garçons* qu'aux filles, dans la proportion *d'un tiers*.

En prenant la somme des garçons et des filles, on arrive à deux autres rapports intéressants. Ainsi, sur 271 garçons, la folie a été transmise par la mère 146 fois et par le père 125 fois. Pour les filles, au contraire, cette différence est beaucoup plus tranchée, puisque sur 274 filles aliénées, 189 tenaient la folie de leur mère, et 85 seulement l'avaient héritée de leur père. La différence est de *plus de la moitié*.

En faisant l'application des résultats obtenus par M. Baillarger, on arrive aux conclusions suivantes :

1° La folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non-seulement parce qu'elle est plus fréquemment héréditaire, mais encore parce qu'elle se transmet à un plus grand nombre d'enfants.

2° La transmission de la folie de la mère est plus à craindre pour les filles que pour les garçons; celle du père, au contraire, plus à craindre pour les garçons que pour les filles.

3° La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père; elle est, au contraire, deux fois plus à redouter pour les filles. (*Ann. médico-psychologiques*, mai 1844.)

FRACTURES DU CRANE (*Quelques remarques sur les*). Sous ce titre, le docteur Pingrenon vient de publier un opuscule qui se recommande à l'attention par la richesse des observations qu'il contient et par les déductions pratiques que l'auteur en a su tirer. Chirurgien-major dans un régiment d'artillerie, notre confrère a été à même, par sa position, de donner des soins à un assez grand nombre d'individus atteints de fracture du crâne, et les faits qu'il a recueillis lui ont permis de se prononcer en connaissance de cause dans une question de pratique sur laquelle les meilleurs esprits ont longtemps été en désaccord : je veux parler du trépan. Les fractures du crâne avec enfoncement, plaie, etc., sont, dit l'auteur, en raison de leur diagnostic facile, moins graves que les fractures simples, dont l'existence occulte, souvent très-difficile à reconnaître, ne permet pas d'agir avec

assez de promptitude, et commande au contraire une réserve qui ne peut qu'être funeste au malade. Les insuccès fréquents de l'opération du trépan, dans ce dernier cas, ont soulevé contre elle une défiance fâcheuse et d'injustes préventions, car le succès de la trépanation dépend surtout de la célérité que l'on met à y recourir. A l'appui de cette manière de voir, partagée d'ailleurs par un grand nombre de chirurgiens, le docteur Pingrenon rapporte plusieurs observations dont on pourra apprécier la valeur et le degré d'intérêt par celle qui suit :

Obs. Bobin, âgé de trente-neuf ans, fut entraîné dans l'éboulement d'une carrière, le 20 avril 1824; sa tête, frappée au front, resta engagée sous des masses de pierres d'où on le dégagea pour le porter sans connaissance à une auberge voisine, où on le saigna d'abord; on lui appliqua ensuite quelques sangsues aux tempes. Pendant les dix premiers jours, les symptômes se bornèrent à de l'assoupissement et à une légère inflammation d'une petite plaie existant au front; mais le 1er mai, treize jours après l'accident, il se développa un gonflement considérable de la face et du front, les paupières étaient excessivement tuméfiées, la plaie frontale laissait échapper du pus qui provenait d'un foyer profond. On débrida légèrement la plaie et on reconnut que la région frontale du coronal était enfoncée et fracturée dans une grande étendue. Le 5 mai, le malade est dans l'état suivant : face pâle, bouffie; paupières tuméfiées, assoupissement profond; pupilles dilatées, se contractant à la lumière d'une bougie; respiration suspirieuse; pouls petit, peu accéléré; chaleur modérée, ventre tendu et ballonné; mouvements spasmodiques dans les muscles des bras. Après avoir rasé le crâne, le docteur Pingrenon fit une large incision qui mit à découvert la fracture qui s'étendait depuis l'une à l'autre apophyses orbitaires externes, les arcades sourcilières, la bosse nasale inférieurement jusqu'aux bosses coronales, qui établissaient sa limite supérieure. Cela fait, il souleva la plupart des portions d'os enfoncées avec une forte spatule. L'arcade et une portion de la voûte orbitaire du côté droit, privées d'adhérence, sont enlevées, ainsi que la lame interne du sinus frontal, qui laisse à nu l'extrémité antérieure du sinus longitudinal, par où s'échappe une petite quantité de sang noir. L'arcade sourcilière du côté gauche, n'ayant pu être soulevée, reste enfoncée. La dure-mère, à la surface de laquelle on enlève quelques caillots, est ainsi mise à découvert depuis la région orbitaire droite jusque vers la gauche, et dans l'étendue de plus de 3 centimètres de haut en bas. Pansement simple avec une compresse fenêtrée, enduite de cérat, et un peu de charpie mollette mise entre les lambeaux de la plaie. Immédiatement après l'opération, le blessé manifeste de la sensibilité par quelques cris plaintifs. Le pouls se relève; les mouvements spasmodiques du bras cessent. On examine les urines à l'aide du cathétérisme. Le lendemain, 6 mai, légère somnolence; plusieurs selles, pouls petit, régulier, peu accéléré; respiration profonde, raideur dans les muscles du dos. On parvient à relever la portion du coronal droit qui n'avait pas pu être soulevée la veille. Même pansement; nouveau cathétérisme. Le malade, interrogé sur les antécédents de son accident, répond nettement; il ne se souvient pas de l'opération qu'on lui a faite la veille. Le soir, coloration de la face, accélération du pouls; chaleur, selles fréquentes et involontaires; distension de la vessie par l'urine. Saignée du bras peu abondante; cathétérisme. Le 9, le chirurgien, à l'aide d'une petite ponction, donne issue à une collection séreuse faisant saillie au-devant de l'extrémité antérieure de l'hémisphère cérébral droit, laquelle paraît due à une sursécrétion du liquide céphalo-rachidien. Dans les pansements subséquents, on aperçoit la la lame criblée de l'ethmoïde et l'apophyse cristo-galli baignées de pus. Les jours suivants se passent sans accidents nouveaux; la face est moins bouffie; la suppuration est abondante. On continua le cathétérisme; des plaies résultant d'eschares au sacrum furent pansées avec du styrax. Chaque jour la cicatrisation s'opère, la digestion se rétablit; quelques accidents cérébraux, occasionnés par l'exfoliation de portions osseuses détachées de la voûte orbitaire du côté droit, se dissipent aussitôt après leur élimination, qui se fit dans le pus d'un abcès qui s'ouvrit spontanément. Le blessé se rétablit lentement, et en septembre,

après cinq mois de traitement, il quitta l'hôpital de Fontenay-le-Comte (Vendée). Le 11 juillet 1825, le docteur Piugrenon revit le malade. Il se livrait depuis deux mois à ses travaux habituels; sa plaie du front, longtemps fistuleuse, était entièrement cicatrisée depuis un mois. Bobin n'éprouvait aucune douleur de tête, et il avait recouvré l'intégrité de toutes ses fonctions. L'auteur ajoute que l'état de Bobin fut aussi constaté par MM. les docteurs Léonardon, Mangne et Barbarin. (*Observations sur la fracture du crâne*, par M. Pingrenon, br. in-8°, 1844.)

HÉMORRHAGIE REBELLE *pendant seize jours* (*Application de sangsues au périnée suivie d'une*). Parmi les faits intéressants que renferme un mémoire récemment publié par M. le docteur Dequevauvillers, et dont le but pratique est de rechercher à quels signes on peut reconnaître, chez les individus qui en sont atteints, la diathèse hemorrhagique, nous avons surtout remarqué l'observation suivante : M. S., étudiant en pharmacie, âgé de 22 ans, entra, le 8 mars 1844, à l'hôpital du Midi, pour y être traité d'un phimosis très-intense.

Ce jeune homme a la peau très-fine, mais fortement colorée, les poils rares et châtain foncé, les yeux noirs, le tissu musculaire peu développé; le tissu cellulaire sous-cutané forme une couche mince dans laquelle il n'existe point de graisse; les sclérotiques présentent au plus haut degré la translucidité qui a été déjà notée plusieurs fois, et paraissent fortement bleuâtres. Le malade n'a jamais eu d'hemorrhoïdes, mais il est sujet à des épistaxis très-fréquentes et très-abondantes; plusieurs fois, à la suite de l'extraction d'une dent, de l'application de quelques sangsues, des hémorrhagies graves se sont présentées et n'ont pu être arrêtées que par un tamponnement prolongé pendant trois semaines ou un mois; la cautérisation, soit avec les caustiques, soit avec le fer rouge, a été employée sans succès. Il a été saigné trois fois, et toujours la plaie a été très-longue à se cicatriser; pendant plus d'un mois il suffisait de quelque contraction des muscles de l'avant-bras, pour la rouvrir immédiatement; les plus légères égratignures de la peau donnent lieu à des hémorrhagies longtemps persistantes; enfin les moindres contusions donnent toujours lieu à de larges ecchymoses. C'est toujours pendant l'hiver que ces accidents se manifestent; jamais ils n'ont lieu pendant les chaleurs de l'été.

Le lendemain, à la visite, M. Ricord prescrivit le traitement suivant : (*tisane d'orge et de réglisse, pilules avec camphre et thridace, 25 sangsues, au périnée, un grand bain ensuite, deux soupes et deux bouillons.*)

Le malade objecta qu'on aurait beaucoup de peine à arrêter l'écoulement auquel devaient donner lieu les sangsues; qu'on lui en avait déjà appliqué, et qu'on avait été longtemps avant de pouvoir se rendre maître du sang; qu'au reste tous les membres de sa famille, du côté de sa mère, étaient sujets aux mêmes accidents. Comme les renseignements que nous avons rapportés plus haut n'étaient pas encore connus, les raisons ne furent pas trouvées suffisantes, et l'application eut lieu.

Les piqûres saignent abondamment toute la journée : pendant une heure que le malade reste dans le bain, l'eau se colore assez fortement pour qu'on ne puisse plus apercevoir les objets placés dans la baignoire, et se charge de flocons abondants de fibrine. Lorsque le malade est replacé dans son lit, les infirmiers essaient, mais vainement, d'arrêter l'hémorrhagie avec de la charpie.

Le 10 mars, à la visite, les parties génitales sont enveloppées d'un énorme caillot de dessous lequel jaillit du sang liquide lorsqu'on le comprime; ce caillot laisse exhaler une odeur fétide, aigrelette, insupportable au malade, analogue à celle de la pourriture d'hôpital. M. Ricord l'enlève et constate que onze piqûres saignent encore; il prescrit de les cautériser avec le nitrate d'argent et de les recouvrir ensuite d'alun pulvérisé; le même traitement d'ailleurs est continué.

L'hémorrhagie persiste toute la journée et toute la nuit.

Le 11, le malade éprouve une céphalalgie assez intense, des palpitations et un sentiment de faiblesse très-prononcé; le pouls est petit et fréquent, la température de la peau est au-dessous de l'état normal. M. Ricord applique sur chacune des onze piqûres un point de suture entortillée. Le sang est arrêté par ce pansement. Dans la journée, le ma-

lade met sur la plaie des compresses trempées dans du chlorure de soude pour se débarrasser de l'odeur fétide de quelques portions du caillot qui sont restées.

Le 12, le caillot et l'hémorrhagie ne se sont pas reproduits; le phimosis a complétement disparu, l'état général est le même; le malade se plaint beaucoup des palpitations et de la céphalalgie. (*Une portion d'aliments.*)

Le même état persiste jusqu'au 17 mars; on continue le même traitement jusqu'au 15; à partir de ce jour on donne: *huit pilules de Vallet, frictions avec la teinture de digitale sur la région du cœur, tisane de gentiane, deux portions.*

Le 18, huit des épingles sont devenues mobiles, le malade les enlève; une heure après, trois des piqûres débarrassées de leurs sutures donnent du sang; on essaye d'en réunir les bords au moyen d'une petite pince de bois, analogue à celles dont se servent les blanchisseuses, et placée sur chacune des plaies. (*Vingt grammes d'extrait de ratanhia; fomentation d'eau froide sur les morsures des sangsues; limonade sulfurique.*)

Ce moyen arrête momentanément l'hémorrhagie; mais pendant la nuit, les petites pinces se dérangent, et le lendemain on retrouve un énorme caillot, fétide comme les premiers jours.

Le 19, M. Ricord donne le choix au malade de la suture entortillée ou du cautère actuel; celui-ci se décide pour le premier, se fondant sur ce qu'il a souvent eu occasion de constater l'inutilité, pour lui, du second. En conséquence, trois nouvelles épingles sont appliquées sur les piqûres qui donnent du sang: cette petite opération est très-douloureuse, mais elle arrête l'hémorrhagie.

Rien de nouveau jusqu'au 23. (*Même régime, même traitement.*)

Le 23, deux épingles tombent, les parties comprises entre elles et les fils se sont ulcérées; de chacune de ces petites ulcérations s'écoule du sang qui se coagule au-devant. Le malade applique lui-même du plâtre sur toute la region, mais inutilement.

Le 24, un nouveau point de suture entortillée est pratiqué sur la plaie qui paraît donner le plus de sang; l'hémorrhagie est suspendue dans ce point, mais continue par une autre piqûre.

Le 25, une nouvelle épingle est appliquée sur la seconde plaie; comme les bords en sont enflammés, cette opération est très-douloureuse. La céphalalgie, les palpitations sont très-intenses; M. Clerc constate l'existence d'un léger bruit de souffle dans la carotide gauche; toutes les plaies des sangsues laissent suinter un liquide roussâtre très-fétide; elles sont pansées avec de la charpie sèche. A compter de cette époque l'hémorrhagie ne se reproduit plus, mais la céphalalgie et les palpitations persistent. On continue toujours le même traitement.

Le 29, le malade sort de l'hôpital toujours à peu près dans le même état: les trois dernières épingles sont encore adhérentes; les autres morsures de sangsues ne sont point cicatrisées. Les épingles furent enlevées par le malade trois ou quatre jours après; les plaies furent pansées avec de la charpie.

Le 4 avril, elles étaient entièrement cicatrisées; mais la céphalalgie et les palpitations persistaient. Cependant, sous l'influence d'un régime analeptique et de promenades modérées, elles ont depuis considérablement diminué. (*Journ. de chirurg.*, juin 1844.)

HYDROCÈLE VAGINALE (*Extraction d'une aiguille compliquant par sa présence dans le scrotum une*). M. S., âgé de cinquante ans, vint consulter M. Fergusson, pour une tumeur du scrotum. Depuis 12 ans, il était porteur d'une hydrocèle qui, ponctionnée à diverses reprises, avait résisté à deux essais faits pour en provoquer la cure radicale. Peu de jours avant celui où il vint le voir, on lui avait fait une ponction qui donna issue à beaucoup de liquide sanguinolent. Comme c'était la première fois que le liquide offrait ce caractère, il venait pour s'en faire expliquer la cause; le chirurgien reconnut dans le scrotum une partie dure, qu'il attribua à un engorgement de l'épididyme. D'après les essais infructueux que le patient avait déjà subis, et la nature actuelle du liquide, il pensa que l'hydrocèle s'était convertie en tumeur hématoïde, et qu'il convenait de la traiter par l'incision. En conséquence, au bout de deux mois, pendant lesquels la tuméfaction s'était produite, il divisa la paroi antérieure du scrotum. Portant alors le doigt dans la cavité, il reconnut la

présence d'une aiguille, occupant la situation où il avait d'abord cru constater un engorgement de l'épididyme ; il lui fut aisé de l'extraire. C'était une aiguille à coudre ordinaire, de deux pouces de longueur; sa pointe était fichée dans l'extrémité inférieure du testicule, et sa tête reposait contre la tunique vaginale épaissie.

Le malade, d'abord étonné de cet incident, ne tarda pas cependant à s'en rendre compte; il se rappela qu'antérieurement il avait, à diverses reprises, pratiqué l'acupuncture sur sa tumeur. Une fois entre autres, y ayant fait pénétrer 15 aiguilles, il oublia de les compter en les retirant. Depuis ce moment, il commença à souffrir de vives douleurs dans le testicule, et c'est aussi à la même époque que le fluide de la tunique vaginale prit la coloration sanguinolente.

Depuis lors, la plaie de l'opération s'est fermée, et la bourse de ce côté n'offre guère plus de volume que l'autre. (*Gaz. médicale de Paris*, 1844.)

HYPERTROPHIE *des fibro-cartilages de la trachée et des bronches* (*Dyspnée, suffocation et mort par suite de l'*). Les cas exceptionels sont bons surtout à connaître pour le pronostic, et particulièrement dans les cas où, comme dans celui-ci, la lésion anatomique est hors de portée de toute appréciation. Un enfant de huit ans, maigre, faible, à poitrine étroite, au sternum saillant, ayant toujours eu la respiration gênée et souvent des douleurs dans la poitrine qui l'avaient obligé à entrer souvent à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, se fait admettre de nouveau le 21 mai 1843 dans cet hôpital, dans le service de M. Gintrac. Il a la respiration extrêmement gênée, pénible, bruyante; parfois, surtout le soir, il y a menace de suffocation. Obligation de redresser le thorax; point de toux; voix faible, ni rauque ni voilée. La percussion est assez sonore dans tous les points de la poitrine; râle sibilant dans les bronches, chaleur naturelle, pouls normal, appétit. Cet état, dont le symptôme le plus saillant était une dyspnée constante et parfois très-intense, fut à peine modifié par les divers moyens employés par M. Gintrac, tels que les lavements d'assafœtida, les fumigations de datura stramonium, l'ipécacuanha à dose altérante, la digitale et la scammonée, le sulfate de sodium, le calomel, etc. L'enfant sortit le 8 juillet; mais il fut obligé de rentrer dix-sept jours après. Les symptômes étaient portés au plus haut degré d'intensité; l'anxiété était extrême, la suffocation imminente. Un large vésicatoire appliqué sur le thorax n'amena aucun amendement, et la mort arriva le 8 août.

A l'autopsie, on a trouvé tous les organes sains, excepté les poumons, qui étaient œdémateux; le lobe inférieur du poumon droit présentait en outre un peu d'hépatisation. Mais la lésion la plus remarquable était dans la trachée. La trachée était libre dans ses deux tiers supérieurs; mais dans le tiers inférieur, elle était intimement unie en arrière à l'œsophage. En avant des gros vaisseaux, cette union a lieu par un tissu fibro-celluleux épais, blanchâtre. La trachée isolée paraît extérieurement avoir son volume normal; mais en l'ouvrant dans toute son étendue, on remarque, surtout inférieurement, près et y compris la bifurcation, l'épaississement considérable de ses parois, qui ont 7 millimètres d'épaisseur: elles sont denses, résistantes, blanchâtres; leur aspect est fibro-cartilagineux. Cette altération se propage le long des bronches et de leurs principales divisions. Le calibre de la trachée, par suite de l'hypertrophie concentrique de ses parois, offre une notable diminution; il est réduit à 5 millimètres. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juin 1844.)

INVAGINATION INTESTINALE (*Observation intéressante d'*). La science possède aujourd'hui de nombreux exemples d'invagination intestinale, dans lesquels des portions souvent très-considérables d'intestin ont été déplacées, et principalement des exemples de ce qu'on appelle *invagination simple*. L'observation qui va suivre se place parmi les invaginations, beaucoup plus rares, qu'on a désignées sous le nom d'invaginations doubles, c'est-à-dire dans lesquelles, après une invagination simple, l'intestin invaginant s'invagine dans une autre portion d'intestin.

Un laboureur, âgé de soixante ans, et habituellement adonné à l'ivrognerie, éprouvait depuis trois mois

des douleurs de ventre, et depuis vingt jours il avait vu ces douleurs augmenter et bientôt survenir une constipation opiniâtre. En même temps, il s'était formé une tumeur dans la région iliaque gauche; des cataplasmes, des emplâtres et des purgatifs ayant été sans aucune efficacité, il entra à l'hôpital le 21 novembre 1843. Le ventre était tendu, la langue un peu plus rouge qu'à l'ordinaire, le pouls fébrile; nausées, de temps en temps vomissements, la constipation toujours persistante; seulement, il rejetait quelquefois par l'anus un peu de mucosités intestinales légèrement teintes de sang. Dans le but de s'assurer de la cause qui mettait obstacle à l'excrétion des matières fécales, le docteur Perroti explora le rectum, et reconnut, à trois travers de doigt au-dessus de l'anus, une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule, et occupant tout le calibre de l'intestin. Pour diminuer la fièvre et les douleurs, il fit pratiquer une petite saignée du bras et administrer des lavements, afin de ramollir et de délayer les matières intestinales au-dessus de la tumeur, si du moins cela était possible. Mais à mesure que l'on injectait le liquide des lavements, il revenait tel qu'il avait été administré; des pilules calmantes et des purgatifs n'eurent pas plus de succès. Dans cet état de choses, et comme les douleurs devenaient de plus en plus vives, le pouls plus fréquent, et que le ventre se ballonnait d'instant en instant, on fit appeler le chirurgien de l'hôpital, le docteur S. Zangrandi, qui, supposant que ce pouvait être un polype de la partie supérieure du rectum, proposa pour le lendemain une opération, pourvu que l'état du malade le permît. La position et la flaccidité de la tumeur faisaient douter le docteur Perroti de l'existence du polype; en outre, il y avait peu de temps que la maladie s'était développée; jamais on n'avait observé d'hémorrhagie par le rectum, et les matières fécales n'étaient pas mêlées à du mucus, ce qui arrive presque constamment dans le cas de polype du rectum. Au reste, l'aggravation de tous les accidents, les vomissements de matières fécales, le hoquet, l'affaissement général, empêchèrent de songer à réaliser le projet d'opération. Le malade mourut le 27 novembre, six jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva deux palmes de la dernière portion de l'iléon invaginées dans le cœcum. Ce dernier, avec la portion d'iléon qu'il renfermait, s'était infléchi et avait pénétré dans l'intérieur du côlon. C'est de la réunion de toutes ces portions d'intestin, repliées sur elles-mêmes et contractées dans leur longueur, qu'était formée la tumeur de la fosse iliaque. En outre, le cœcum était descendu dans le rectum jusqu'à une distance de trois travers de doigt de l'anus, où il avait une couleur d'un rouge obscur. C'était ce prolongement du cœcum que l'on rencontrait dans le toucher rectal; l'intestin rectum était fort dilaté. Dans l'iléon, au-dessus de l'invagination, on apercevait une ulcération arrondie de plus d'un demi-pouce de diamètre, par laquelle les matières fécales s'étaient épanchées dans le ventre. — Ces invaginations doubles dont on vient de lire une observation fort remarquable, entraînent les déplacements intestinaux les plus étendus. M. Buet a rencontré, dans un cas d'invagination de cette espèce, le cœcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, descendus dans le côlon descendant jusque vers la moitié de l'iliaque, le petit intestin entraîné par le cœcum occupant la cavité du côlon ascendant, qui était invaginé lui-même dans le côlon lombaire gauche. Enfin, l'autre portion du côlon transverse et une petit portion du côlon descendant s'étaient également repliées sur elles-mêmes et invaginées dans les intestins qui l'étaient déjà, de manière que dans certains points on trouvait jusqu'à cinq parois intestinales superposées. (*Archiv. de Méd.*, t. XIV, p. 236.) Baud a rapporté un cas dans lequel on trouvait dans le côlon descendant et le rectum : 1° le côlon ascendant et transverse invaginés; 2° l'iléon adhérent au colon transverse et à l'ascendant par la surface séreuse; l'anus, qui formait une espèce de rétrécissement à la colonne intestinale formée par le rectum et le colon descendant, donnait passage au cœcum retourné, qui présentait à côté la valvule de Bauhin, et en dedans l'orifice de la cavité du côlon. Supérieurement on voyait la moitié gauche du duodénum et l'iléon se plonger dans le côlon descendant, et au milieu le pancréas dans une situation perpendiculaire. (*Rec. périod. de la Soc. de Méd.*, t. XXIV, p. 20.) Le diagnostic de ces déplacements

intestinaux n'est pas toujours exempt de difficultés, aussi croyons-nous utile de rappeler le passage suivant d'un mémoire consacré par Dance à l'étude de cette affection. « Nous ne connaissons, dit cet observateur, qu'un seul signe capable de faire distinguer l'invagination intestinale des maladies qui ont du rapport avec elle. Voici en quoi il consiste : lorsque le côlon et le cœcum subissent un déplacement tel qu'ils viennent se loger dans la courbure sigmoïde du côlon, la forme de l'abdomen présente quelque chose de particulier, l'absence du cœcum et du côlon ascendant, vers le côté droit du ventre, donne lieu à une certaine dépression de ce côté, tandis qu'à gauche on remarque un *renflement longitudinal*, avec tumeur plus ou moins volumineuse produite par la masse de l'invagination. (*Annal. univ. de Méd.*, et *Arch. génér. de Méd.*, juin 1844.)

PHLÉBITE OMBILICALE (*Mode de développement de la*) *chez les nouveau-nés*. M. Trousseau désire fixer l'attention des médecins sur un fait constaté déjà par Underwood, mais dont ce praticien n'avait pas indiqué le mécanisme, savoir, que dans les cadavres des enfants nouveau-nés qui ont succombé à un érysipèle généralisé, on trouve souvent une violente péritonite. Le cordon ombilical peut être considéré, après la naissance, comme un corps étranger qui, au niveau de l'anneau, devra se séparer des parties vivantes à la manière d'une eschare. Ce travail de séparation ne peut se faire qu'au prix d une inflammation locale qui, pour être légère, n'en est pas moins réelle et nécessaire. On comprend alors aisément la possibilité de la propagation de l'inflammation au reste de la veine ombilicale et à la veine porte.

La nature providentielle a voulu que l'inflammation éliminative du cordon se fît à peu de frais, et fût presque nulle, de manière à rendre non périlleux un travail nécessaire. Mais dans des circonstances exceptionnelles, et notamment au milieu des épidémies de fièvre puerperale, lorsque la mère et l'enfant sont également dans des conditions spéciales en vertu desquelles les moindres phlegmasies pourront prendre une gravité insolite et une funeste tendance à la suppuration, l'inflammation, si légère qu'elle soit, du bout de la veine ombilicale, pourra se propager au reste du vaisseau, au péritoine qui l'enveloppe, et de là, au reste de la membrane séreuse, et enfin à la veine porte et à ses principales divisions.

De là un précepte important do pratique, c'est que dans des temps d'épidémie de fièvre puerpérale, il faut surveiller avec la plus grande attention le cordon ombilical des nouveau-nés, et faire tous ses efforts pour maintenir dans les limites ordinaires une inflammation constamment mortelle quand elle les dépasse. (*Gaz. des Hôpitaux*, juin 1844.)

PLAIE TRANSVERSALE DU COU, *avec ouverture du larynx, guérie par la suture*. Voici un fait que rapporte M. Josse, dans le but de montrer qu'il peut être utile quelquefois de recourir à la suture dans les cas de division de la trachée, quoique le précepte contraire ait été donné par des chirurgiens justement recommandables. Depuis quelque temps le nommé L***, d'origine allemande, ouvrier ébéniste distingué, donnait des signes d'aliénation mentale, lorsque, le 8 octobre 1840, il parvint à tromper un instant la surveillance qu'on exerçait sur lui et à se faire une profonde incision au cou à l'aide d'un couteau. Arrivé quelques minutes après l'accident, M. Josse trouve le blessé dans un état de mort apparente. La perte de sang avait été considérable. La peau, largement divisée et rétractée en haut et en bas, laissait voir la trachée, qui paraissait dénudée; l'os hyoïde était à découvert. La jugulaire interne était ouverte, il s'en écoulait un sang noir et abondant. M. Josse place de suite son doigt sur l'ouverture, et, comme c'était le seul vaisseau qui donnât du sang, on eut le temps de se reconnaître afin de procéder à un pansement méthodique.

La plaie présentait cinquante lignes de circonférence; elle partait de l'angle gauche de la mâchoire inférieure, et s'étendait jusqu'à l'angle opposé. L'instrument avait pénétré dans le larynx, entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde; il avait divisé la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, les muscles peauciers, sterno-hyoïdien, omoplato-hyoïdien et thyro-hyoïdien, le ligament hyoïdien; le tissu cellulaire qui entoure la carotide droite

était également déchiré, et cette artère, n'étant plus maintenue, se voyait dans l'angle latéral droit de la plaie comme un petit pilier légèrement fléchi en avant : on la prenait facilement avec les doigts, et l'on sentait très-distinctement les battements artériels. Lorsque la tête était fléchie sur la poitrine, l'écoulement du sang, qui provenait de la jugulaire interne, cessait aussitôt. Le sang artériel qui s'était écoulé après la blessure avait dû provenir de quelques branches inférieures de l'artère linguale, ou des artères thyroïdiennes supérieures. La syncope dura quelque temps, la respiration devint plus fréquente, le malade revint à lui. Il y avait aphonie, mais en fléchissant la tête sur la poitrine le malade put parler et dire qu'il s'était coupé le cou pour se soustraire à un jugement qui devait jeter le déshonneur sur lui et sur ses enfants. Bientôt quelques accès de toux chassèrent de la trachée des mucosités sanguinolentes, M. Josse en favorisa la sortie en les tirant avec les doigts de la main droite, conservant toujours l'indicateur de la gauche sur la veine jugulaire. Il nettoya la plaie, et, le calme parfaitement rétabli, il procéda au pansement deux heures après l'accident. Les artères ne donnant point de sang, l'hémorrhagie veineuse étant arrêtée, il crut ne devoir faire aucune recherche pour placer des ligatures ou tordre les artères; il fléchit la tête sur la poitrine et il se disposa à la maintenir ainsi ; mais il s'aperçut que l'indocilité du blessé pourrait retarder la réunion de la plaie, car la tête trop fléchie sur la poitrine faisait que les bords de la plaie se roulaient en dedans, et la tête trop écartée de la poitrine n'en assurait plus la réunion immédiate ; pour ces motifs, et à cause de la largeur transversale de la plaie, il fit cinq points de suture avec autant de fils placés à dix lignes les uns des autres, ayant soin de ne comprendre que la peau ; il réunit les bords de la plaie en serrant les fils maintenus par le nœud de chirurgien, et il appliqua le bandage unissant des plaies transversales du cou, pour fléchir la tête sur la poitrine; une cravate en toile, placée autour du cou, complète l'appareil. Le malade, altéré, but immédiatement après le pansement. Les points de suture réunirent les téguments dans plusieurs endroits; le cinquième jour les fils furent enlevés, la cicatrice s'acheva promptement, et un mois après l'accident il ne restait de cette vaste plaie qu'une cicatrice linéaire à peine visible. (*L'Expérience*, juin 1844.)

POLYPE DU LARYNX (*Asphyxie causée par un*). Une femme de quarante ans entra à l'hôpital dans un état d'épuisement extrême. Elle accusait les symptômes d'une bronchite avec toux et dyspnée très-intenses. Pendant trois ou quatre jours, elle sembla aller mieux ; mais un paroxysme de toux se déclara subitement, et elle mourut sans avoir pu recevoir de secours. A l'autopsie on trouva les poumons très-emphysémateux, les ramifications bronchiques saines, mais les grosses divisions très-conjectionnées. Dans la trachée on trouva un corps polypeux, detaché. Il était de la grosseur d'une amande, et avait un pédicule de près de trois quarts de pouce de longueur. On pensa d'abord que ce corps provenait de quelque point du larynx, région où les productions de cette sorte prennent le plus fréquemment leur origine ; mais, en examinant la trachée, on découvrit sur sa paroi antérieure, et à un demi-pouce au-dessous du cartilage cricoïde, une plaie rouge et épaissie, au-dessous de laquelle la muqueuse reprenait immédiatement son aspect naturel.

— Les cas de ce genre sont peu communs. Il est évident, d'après les détails de l'autopsie, que le corps polypeux détaché spontanément a amené la mort par suffocation; peut-être encore est-ce la toux elle-même qui a causé la séparation du polype. (*Gaz. méd. de Paris*, juin 1844.)

POUDRE DE DOWER (*Sur les diverses formules indiquées pour la préparation de la*). La poudre de Dower, désignée quelquefois sous le nom de *poudre d'ipécacuanha composée*, ayant, depuis qu'elle a été publiée par son inventeur, subi des modifications importantes, non-seulement dans les traités de pharmacie, de matière médicale, et les pharmacopées étrangères, mais encore dans nos Codex, M. Villeneuve a pensé qu'il serait utile de les signaler aux praticiens, à propos d'un rapport qu'il a fait à l'Académie sur l'emploi de cette poudre dans les rhumatismes. De cette façon, les médecins pourront dans certains cas se rendre compte de la diversité d'action de ce médicament, qui probablement n'est pas

toujours préparé d'une manière uniforme et selon le Codex en vigueur; en second lieu, ils seront à même de choisir, parmi ces formules modifiées, celle qu'ils croiront remplir le mieux l'indication particulière qui pourrait exister. Dower n'ayant publié aucun ouvrage, et n'étant connu dans le monde médical que par la poudre qui porte son nom, il serait difficile de dire d'une manière positive à quelle époque ce médicament est venu d'outre-mer figurer parmi nous avec une sorte d'éclat. Ce qui est positif, c'est que notre ancien Codex, publié en 1748, n'en fait aucune mention, et que Lémery, en 1754, et Baumé, en 1777, n'en donnent point la formule. Quoi qu'il en soit, il est important de faire remarquer, avec M. Soubeiran, que l'inventeur employait l'opium brut dans la préparation de ce médicament, tandis que maintenant on se sert de l'extrait. Il résulte de cette substitution que la poudre de Dower, ainsi préparée, contient, toutes choses égales d'ailleurs, une substance narcotique qui a une activité double de celle de la formule primitive. Morelot (1803), Parmentier (1809) et Barbier (1820) ordonnent la formule suivante :

Sulfate de potasse..........	30 parties.
Nitrate de potasse..........	30 parties.
Ipécacuanha..............	5 parties.
Opium purifié.............	1 partie.

C'est-à-dire 1 centigramme et demi d'opium par gramme de poudre, que Morelot prescrit de 75 centigrammes à 125, Parmentier de 50 centigrammes à 2 grammes et plus, et Barbier de 120 centigrammes à 2 grammes.

Brugnatelli (1811) et les pharmacopées de Londres et d'Edimbourg formulent ainsi ce médicament :

Sulfate de potasse...........	8 parties.
Ipécacuanha................	1 partie.
Opium sec..................	1 partie.

C'est-à-dire 10 centigrammes d'opium par gramme de poudre, prescrite par Brugnatelli, de 25 centigrammes à un gramme, par la pharmacopée de Londres de 60 centigrammes à 2 grammes, et par Robert Thomas de 50 à 60 centigrammes toutes les trois ou quatres heures.

M. Bourgeoise (1817), Cadet de Gassicourt (1818), formulent ce médicament ainsi qu'il suit :

Sulfate de potasse...........	4 parties.
Nitrate de potasse...........	4 parties.
Ipécacuanha................	1 partie.
Opium desséché.............	1 partie.

C'est-à-dire, comme dans la formule précédente, 10 centigrammes d'opium par gramme de poudre qu'ils prescrivent à la dose de 60 à 120 centigrammes.

Le Codex de 1818, M. Virey (1823), M. Soubeiran (1840), M. Bouchardat (1839) et MM. Henry et Guibourt (1841) reproduisent la formule qui précède en y ajoutant une partie de poudre de réglisse. Quant au mode de préparation, il consiste, suivant Dower, le Codex et quelques-uns de ces auteurs, à triturer les deux sels, à les faire fondre dans un creuset, à verser la masse dans un mortier, et avant qu'elle se soit refroidie, à ajouter l'extrait d'opium, puis on triture et on ajoute les poudres d'ipécacuanha et de réglisse. Le tout doit être soigneusement trituré. Cette poudre, qui contient 9 centigrammes d'opium par gramme, est conseillée à la dose de 60 grammes par M. Virey, de quelques grains par M. Soubeiran, de 10 centigrammes à un gramme par MM. Henry et Guibourt, et de 20 à 60 centigrammes par M. Bouchardat.

Le Codex de 1837, où les doses sont indiquées d'après le système métrique, reproduit les mêmes substances, à quelques exceptions près, et ainsi qu'il suit :

Poudre de sulfate de potasse.	125 gramm.
— de nitrate de potasse.	125 gramm.
— d'ipécacuanha......	32 gramm.
— de réglisse.........	32 gramm.
Extrait d'opium sec et pulvérisé.................	32 gramm.

Faites sécher exactement toutes les poudres, et triturez le mélange.

D'après cette formule simplifiée, l'opium ne se trouve plus soumis à un certain degré de chaleur qui pouvait altérer ou modifier ses propriétés. La proportion d'opium y est à peu près de 9 centigrammes par gramme.

Enfin, selon quelques formulaires, on compose cette poudre d'opium, d'ipécacuanha, avec différentes proportions de sucre.

D'après ce qui vient d'être rapporté, on voit que la proportion d'opium qui entre dans cette poudre est, suivant certaines formules, comme 3 est à 20, et que néanmoins elle est également conseillée dans l'un ou l'autre cas, jusqu'à la dose de 3 grammes et au delà. Pour que le médecin sache ce qu'il fait, il est donc important qu'il indique la formule qu'il veut que le pharmacien emploie pour la pré-

paration de la poudre de Dower. (*Bull. de l'Acad.*, juin 1844).

RÉTRACTURE DES TISSUS ALBUGINÉS (*Considérations pratiques sur la*). Au moment où l'attention des chirurgiens est si vivement sollicitée par les interminables discussions de l'orthopédie, le mémoire de M. le professeur Gerdy intervient fort à propos pour élucider un point très-important d'anatomie pathologique qui se rattache au siége même et à la cause de la rétracture dans un grand nombre de circonstances morbides : Dupuytren avait été conduit par ses dissections à admettre que dans la rétraction des doigts, l'aponévrose palmaire subissait une sorte de tension, de crispation étendue à ses bandelettes digitales, et que cette tension elle-même était due à une contusion de l'aponévrose par suite de l'action trop forte ou trop prolongée d'un corps dur dans la paume de la main. A cette observation fort exacte qui a marqué le point de départ des recherches ultérieures sur les causes des rétractures en général, il est nécessaire d'ajouter ce qui avait échappé à Dupuytren, savoir, que le tissu fibrocellulaire sous-cutané participe souvent et ordinairement à ces rétractions, que les tendons et la peau même y concourent encore dans certains cas. Mais ce n'est pas seulement à la main que ce phénomène de contracture peut avoir lieu; on voit, dit M. Gerdy, se développer à chaque instant dans le tissu cellulaire et assez souvent dans les tissus fibreux blancs ou albuginés, des indurations, des rétractions analogues à celles de la région palmaire. « C'est ainsi, ajoute cet observateur, que nous avons vu se développer le long du côté interne du bras, à la suite d'un érysipèle phlegmoneux, un repli falciforme très-saillant, très-mince et très-grêle. Le repli ne pouvait appartenir qu'au tissu cellulaire ou à l'aponévrose brachiale. Ce repli falciforme a disparu pendant l'emploi des bains et des cataplasmes émollients. » — Chez un autre malade, les orteils étaient fléchis sous le pied par une rétraction qui portait certainement sur le tissu cellulaire sous-cutané, sur les bandelettes digitales de l'aponévrose, et peut-être aussi sur les tendons des muscles fléchisseurs. M. Gerdy lui redressa les orteils dans l'espace d'un mois à six semaines, et cela sans aucune section directe, seulement à l'aide d'une palette en bois. De ces faits particuliers l'auteur s'élève à un aperçu général sur les causes de la rétracture, et il est d'avis que l'on a fait jouer aux muscles un rôle trop absolu : ainsi dans les arthrites aiguës et chroniques, s'il est vrai que la crainte d'augmenter ses souffrances concourt à l'immobilité que le malade conserve, il est certain aussi qu'il arrive presque toujours un moment où le mouvement mécaniquement imprimé est arrêté par une résistance mécanique que le malade ressent, non pas dans l'épaisseur des faisceaux musculaires, mais autour de l'articulation et dans un point dont il détermine la position précise : souvent alors on sent, en palpant les parties des brides, des rubans fibro-cellulaires, des cordes fibreuses qui soulèvent la peau et se tendent pendant que l'on fait des efforts modérés pour en vaincre la résistance. Pendant ces tentatives les muscles, dans certains cas, restent mous et inactifs; dans d'autres, ils se contractent et concourent, avec les parties fibreuses et cellulaires, à entretenir la rétraction de la jointure. Une des causes d'inflexion observée alors, et que les auteurs n'ont guère signalée, paraît à M. Gerdy être le retrait des gaînes fibreuses qui entourent le corps charnu de la plupart des muscles des membres, et se confondent avec leur tendon terminal qu'elles embrassent. L'auteur fait encore remarquer que dans les pieds on trouve souvent les parties fibreuses sous-cutanées rétractées et tendues, sans que les muscles participent à cette tension; qu'à la suite de certaines inflammations aiguës ou chroniques des tissus blancs, ces tissus s'indurent et se rétractent: qui n'a observé, dit-il, cette terminaison à la suite d'érysipèles, de phlegmons, de mammites chroniques qui ratatinent les mamelles? qui n'a observé des rétractures dans le tissu cellulaire sous-cutané des vieux ulcères, dans le tissu d'une foule de cicatrices, et le tissu sous-cicatriciel des brûlures, qui ne tient aussi que des tissus blancs? Enfin pour M. Gerdy ce sont des lésions analogues du tissu cellulaire interstitiel des organes qui produisent le ratatinement du foie et d'autres viscères. Quant aux circonstances capables de déterminer cette rétracture des tissus albuginés,

elles peuvent toutes se rapporter à une cause prochaine, commune, à une inflammation plus ou moins manifeste, à une irritation développée, et le plus souvent entretenue par l'influence de causes extérieures évidentes. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'énumération de ces causes, non plus que dans l'exposé qu'il fait des symptômes et de la marche qu'affectent ces rétractions fibro-celluIaires ; ces points de leur histoire sont généralement bien connus : nous nous bornerons à signaler la division adoptée par M. Gerdy, afin d'en marquer les différents degrés. Au premier degré, elles se bornent à diminuer l'étendue des mouvements naturels et déforment à peine les parties ; on en a des exemples dans les mains rigides et calleuses des manouvriers, dont les doigts restent un peu courbés, même dans leur plus grande extension : au deuxième degré l'articulation malade a perdu la moitié de l'étendue de ses mouvements, et ses parties sont angulairement infléchies. Au troisième, l'immobilité est complète, que la partie soit droite et rigide, ou qu'elle soit infléchie au point d'être presque parallèle avec celle sur laquelle elle est infléchie. Le traitement de ces rétractures pourrait consister, dans quelques cas, à éloigner les causes du mal, à s'y soustraire momentanément ou pour toujours à faire suspendre ou cesser pour toujours les actions mécaniques qui produisent par exemple les rétractions des doigts. Lorsque la maladie se développe sous l'empire d'une inflammation aiguë, le traitement doit être antiphlogistique : des douches et des bains minéraux et thermaux peuvent convenir dans les cas de phlegmasie chronique, d'irritation sourde et obscure. Mais lorsque les rétractions sont formées et qu'elles sont très-prononcées, ces divers moyens deviennent insuffisants : alors il faut recourir aux appareils orthopédiques, à la rupture ou à la section des parties rétractées que l'on opère au moyen des méthodes et des procédés orthopédiques : l'emploi de ces moyens est surtout efficace au premier degré des rétractures albuginées. (*Arch. génér. de méd.*, juin 1844.)

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM *traité par la dilatation et l'incision.* A la suite d'une dyssenterie dont il fut atteint en Afrique, un soldat du 13me régiment de ligne, nommé Bonnafoux, présenta une chute de la membrane muqueuse du rectum, qu'il fut impossible de réduire, à cause des efforts continuels pour aller à la selle; la gangrène se déclara, et l'on excisa toute la procidence de la muqueuse en deçà du sphincter de l'anus. Ce soldat rentra en France, dans sa famille, et voici l'état dans lequel, au bout de neuf mois, il entra à l'hôpital de Castelnaudary, dans le service de M. Roussilhe : le ventre est tendu, douloureux ; on sent dans la région iliaque gauche, en remontant vers le côlon transverse, des tumeurs formées par des matières fécales durcies ; amaigrissement; point de fièvre. Le malade mangerait volontiers, mais il dit que les aliments ne passent pas. Il rend par l'anus des matières purulentes. Le doigt, introduit dans le rectum, rencontre à sept centimètres de profondeur un cul-de-sac au fond duquel est une petite ouverture qui permet seulement d'introduire, même avec peine, une sonde n° 9. On injecte par cette sonde de l'eau tiède, ce qui procure la sortie de gaz et de matières délayées. On retire la sonde, et on la remplace par une mèche de charpie enduite de cérat belladoné. Les injections et le pansement avec la mèche sont répétés matin et soir pendant huit jours, et l'on put introduire alors, quoiqu'avec peine, le doigt indicateur, et constater que le rétrécissement a un centimètre et demi de longueur. Le malade s'opposa alors à la continuation des mèches, dont la présence le faisait beaucoup souffrir. Les symptômes d'embarras intestinal revinrent peu après la cessation des moyens dilatants. On recommença l'usage des mèches, qui amenèrent une amélioration rapide; mais il fallut les supprimer encore. Forcé de choisir un autre mode de traitement, M. Roussilhe préféra l'incision à la cautérisation. Voici comment il procéda. Un bistouri boutonné, introduit à plat, fut porté au delà du rétrécissement, en suivant la face palmaire du doigt indicateur. Il retira un peu son doigt, pour pouvoir tourner la lame du bistouri, et il incisa à droite. Cette incision facilita les mouvements et permit de faire deux nouvelles incisions, l'une en arrière, l'autre à gauche. Ce triple débridement terminé, il introduisit une grosse mèche de charpie, de trois centimètres

d'épaisseur. Le malade fut pansé toutes les vingt quatre heures. Une heure avant chaque pansement, on retirait la mèche; le malade allait du ventre et prenait des lavements. Ce traitement a été continué quatre mois, au bout desquels le malade était radicalement guéri. Ses selles étaient faciles, le calibre des excréments naturel. La guérison, depuis lors, ne s'est pas un instant démentie. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1844.)

SANGSUES (*Sur les causes de la cherté et de la mauvaise qualité des*). Un pharmacien de Périgueux, M. Rey (Fabien), a adressé au ministre du commerce une note appuyée par quelques médecins de cette ville, note où il propose des mesures propres à remédier à la cherté et à la mauvaise qualité des sangsues. M. le ministre, ayant consulté l'Académie sur les faits contenus dans le mémoire de M. Rey, MM. Mérat et Huzard ont été chargés, par ce corps savant, du rapport et du projet de réponse à faire au ministre. Nous allons extraire de ces divers documents les faits les plus intéressants.

En 1823, le mille de sangsues propres à l'emploi médico chirurgical était de 15 francs; maintenant, on les paie 200 à 280 francs le mille. Ce fait seul indique éloquemment la situation. Où est la cause du mal, où en est le remède? La cause est évidemment dans la consommation exorbitante de sangsues que le règne du système de Broussais a occasionnée pendant vingt ans, consommation qui, dépassant la reproduction, a dépeuplé les lieux de génération de ces animaux. Ajoutez à cela la pêche des petites sangsues encore impropres à la succion, qui, par suite de leur rareté, étaient mises dans le commerce, après leur avoir fait sucer du sang des boucheries pour augmenter leur poids et pouvoir ainsi les mélanger avec celles qui étaient réellement propres au service. Cette fraude, en dépeuplant les bassins et les étangs de jeunes sangsues, et venant s'ajouter à la consommation énorme qui était faite, a amené la disette de sangsues, qui fait que nous payons aujourd'hui 50 et même 60 centimes chacun de ces animaux, et encore n'atteignent-ils pas toujours le but qu'on se propose. Ainsi, rareté, cherté et mauvaise qualité des sangsues: voila trois points parfaitement établis par M. Rey.

Pour ce pharmacien, et nous sommes de son avis, contrairement à l'opinion du rapporteur de l'Académie, la principale cause du dépeuplement des sangsues n'est pas, depuis une dizaine d'années surtout, dans la consommation qui en est faite, car elle a sensiblement diminué, mais dans l'introduction dans le commerce de ces sangsues trop jeunes, nourries avec du sang de boucherie: ces sangsues sont malades, impropres au service, et meurent par milliers, comme ne le savent que trop les pharmaciens.

M. Rey (Fabien) propose, pour remédier à cette fraude, trois moyens: 1º qu'il soit arrêté que les sangsues dont le millier pèserait moins d'un kilogramme et demi, seraient déclarées impropres au service; 2º qu'il soit nommé, dans toutes les villes où se fait le commerce en gros des sangsues, des agents chargés de vérifier si celles qui sont soumises à la vente ont, ou non, le poids déterminé; et de plus, si elles ont été, ou non, gorgées de sang; 3º qu'il soit créé des réservoirs qui recevraient les sangsues trop petites ou gorgées, pour que celles-ci soient, plus tard vendues au profit de l'Etat.

Nous regrettons que ces moyens n'aient pas été appréciés comme ils le méritent par les commissaires de l'Académie. Ils pensent que la cherté des sangsues, en France, tient à la consommation encore bien supérieure à la production; que la prohibition de la pêche des jeunes sangsues n'amènerait point de diminution sensible dans le prix de ces animaux. Ils approuvent la surveillance de la vente en détail des sangsues; mais ils rejettent, comme ne devant pas remédier au mal, l'inspection du commerce en gros. Ils disent encore que la construction de réservoirs artificiels, pour recevoir les sangsues provenant des confiscations, est un moyen encore trop incertain à employer.

Nous trouvons ces conclusions peu logiques et même contradictoires. La France était dépeuplée de gibier: on a fait une loi sur la chasse pour empêcher que les jeunes sujets, que les œufs fussent détruits; et, en quelques années, la France aura reconquis ce qu'elle avait perdu. Il en serait de même pour les sangsues, si on ne mettait dans le commerce que celles qui peuvent réellement servir. Nous ne comprenons pas, non plus, pourquoi la sur-

veillance du débit en détail est préférable à la surveillance de la vente en gros. Il nous semble que c'est le contraire. (*Bulletin de l'Académie*, juin 1844.)

TÆNIA SOLIUM (*Sur la sortie d'un*) *à travers l'ombilic*. Parmi les faits qui établissent le passage des vers intestinaux de leur siége primitif dans un autre point de l'abdomen, et quelquefois même à l'extérieur de cette cavité, il n'a été question jusqu'à présent que des migrations des ascarides chez l'homme. Voici un fait observé à la clinique du professeur Siébold, à Erlangen, et qui prouve que le tænia lui-même se comporte de la même façon. *Obs.* En avril 1841, on reçut à la clinique un garçon de vingt-deux ans. Celui-ci, issu de parents sains et bien portants, souffrait depuis son enfance de la maladie scrofuleuse, qui se traduisait surtout par la forme d'abcès nombreux. A l'entrée du malade, il avait sur le corps un certain nombre de ces abcès, petits et ouverts: l'un d'entre eux siégeait immédiatement sur l'ombilic, de manière à lui donner l'aspect de celui d'un nouveau-né. Un peu au-dessus de l'ombilic, il existait un dépôt assez considérable de matière scrofuleuse non ramollie. On mit ce malade à l'usage de la décoction de Zittmann. Un jour, après avoir pris environ douze onces de ce médicament, on appela en toute hâte le médecin assistant, parce qu'il semblait sortir quelque chose de vivant par l'ombilic. En effet, on trouva, en ce point, une anse de tænia solium, longue d'environ six pouces. Cette anse paraissait douée de vie; elle était blanche, et n'offrait aucun vestige de matière chyleuse ou excrémentitielle. On exerça quelques tractions, et l'on put faire sortir une certaine quantité de ruban vermineux. Celui-ci devint de plus en plus étroit, et l'on ne tarda pas à extraire la tête du ver, parfaitement conservée et reconnaissable. L'extrémité inférieure du tænia fut ensuite extraite avec facilité, il était long de plusieurs mètres; dans l'eau tiède, il se remua longtemps avec toutes les apparences de la santé. Il était lisse, uni et parfaitement propre; il ne sortit, par l'ouverture qui lui avait donné issue, aucune matière liquide ou gazeuse qui pût faire soupçonner une perforation intestinale.

Le malade fut mis à l'usage de soupes légères, et soumis à un repos absolu.

Il ne survint aucun accident, et, quelques jours après la sortie du ver, on put revenir au régime habituel; la plaie suppurante de l'ombilic, qui avait donné issue au tænia, fut plusieurs fois et soigneusement examinée avec le stylet, mais jamais l'examen ne put être complet, à cause des vives douleurs qu'il déterminait. On ne put jamais porter le stylet à plus d'un demi-pouce de profondeur. La plaie ne subit d'ailleurs aucune amélioration, et le malade mourut un an après de phthisie pulmonaire. On ne put faire l'autopsie du cadavre. M. Siebold pense qu'il est impossible d'expliquer la sortie du ver autrement que par une perforation primitive des parois intestinales. Cette manière de voir nous paraît exacte; seulement, elle ne rend pas suffisamment compte du mécanisme à l'aide duquel cette migration des vers intestinaux peut s'effectuer. Suivant Bremser et Rudolphi, cette perforation des parois intestinales par les ascarides ne serait pas possible. Et si l'on rencontre les vers dans la cavité abdominale ou dans les abcès de la paroi du ventre, c'est que, suivant ces deux auteurs, une gangrène locale ou un étranglement partant des intestins leur a donné issue. Mais cette explication ne s'applique pas à tous les faits, car on a vu des cas où des ascarides étaient rendus sans offrir de trace de matière fécale ou chyleuse, et où, par conséquent, il ne pouvait exister ni fistule, ni gangrène partielle des intestins. Les recherches de M. Mondière, publiées dans la Gazette des hôpitaux, 1844, ont éclairé ce point de pathologie, en montrant que les abcès vermineux de la paroi abdominale se formaient de deux manières. Dans la première, les ascarides se frayent une voie en écartant les fibres des parois intestinales sans aucunement les altérer: ces fibres reviennent sur elles-mêmes en vertu de leur contractilité propre, ce qui fait que cette perforation n'entraîne aucun accident. Ces vers, devenus libres dans la cavité abdominale, peuvent déterminer des abcès dans les différents points de ses parois, et être, à l'ouverture des abcès, rendus à l'extérieur. Dans la deuxième forme d'abcès vermineux, un peloton de vers élargit et enflamme

une portion des tuniques de l'intestin : l'inflammation se propage aux parties voisines ; il en résulte un abcès dont l'ouverture donne issue aux ascarides, en même qu'elle établit une fistule intestinale. (*Med. Zeit von Preuss.* et *Arch. gén. de méd.*, juin 1844.)

VAGIN DOUBLE (*Observation d'un*), *avec rupture spontanée de la cloison ; accouchement naturel.* Voici un cas rapporté par M. le docteur Vinchon, où les choses se sont passées beaucoup plus simplement que dans le cas que nous avons rapporté dans le Répertoire du mois de mai dernier. (Voy. t. XXVI, p. 398.) L'auteur fut appelé, en août 1842, par une sage-femme, pour explorer les organes génitaux d'une femme primipare. Elle était en travail d'enfantement depuis la veille au soir. La tête du fœtus, en première position, plongeait déjà dans l'excavation du bassin, et tout annonçait une fin prochaine et favorable ; mais en examinant le bassin avec soin, il remarque une cloison médiane épaisse et verticalement tendue entre la cloison recto-vaginale et la paroi urétro-vaginale, commençant au niveau de la commissure postérieure et du méat urinaire, et finissant deux pouces environ au-dessus. Le vagin présentait donc dans sa partie inférieure deux cylindres ou demi-vagins, percés l'un à droite, l'autre à gauche, et séparés par cette cloison médiane. Au-dessus de cette cloison, le vagin redevenait unique, et laissait libre le col de la matrice. Cette disposition anormale ne gênait en rien les rapprochements sexuels, et le pénis était indistinctement introduit dans l'un ou l'autre demi-vagin

En introduisant le doigt dans l'un de ces cylindres, on pouvait le faire franchir par dessus cette cloison médiane, et le faire sortir par l'autre cylindre hors de la vulve. Deux espèces de caroncules myrtiformes étaient fixées à la base de cette cloison.

On administra le seigle ergoté, et on attendit le travail de la nature auquel il serait toujours temps d'aider par une simple incision. La tête franchit rapidement l'espace qui la séparait du détroit inférieur, refoula sur elle-même la cloison anormale, et vint se placer dans l'arcade du pubis ; mais au lieu d'être repoussée d'un côté ou d'autre, la cloison se roula en quelque sorte sur elle-même et se plaça au milieu de la tête comme une corde de la grosseur du cordon ombilical ; les contractions devenant de plus en plus énergiques, cette corde se rompit, faisant entendre un bruit sec, analogue à un petit coup de fouet, et la tête sortit immédiatement ; l'enfant était parfaitement bien portant. (*L'Expérience.*)

VALÉRIANATE DE ZINC (*Emploi thérapeutique du*) *dans les névralgies et les migraines.* On sait que c'est M. le prince Louis-Lucien Bonaparte qui a proposé l'emploi thérapeutique du valérianate de zinc. Depuis quelque temps les journaux italiens sont remplis des éloges qu'ils donnent à ce médicament. En France, quelques essais partiels et isolés n'ont pas encore suffisamment attiré l'attention des praticiens sur ce composé, qui paraît destiné à se placer avec avantage dans le catalogue des antispasmodiques, si riche par le nombre, mais en réalité si pauvre par le résultat. M. le docteur Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de publier les résultats de son expérimentation, bien propres à engager les praticiens à faire de nouveaux essais, et à populariser dans les officines ce médicament, qui y est encore rare. A Paris, on ne le trouve que dans les pharmacies de premier ordre. Des succès pareils à ceux obtenus par M. Devay tendront sans doute à le répandre. Nous passons tout ce qui concerne son mode de préparation et ses caractères chimiques et physiques, ce point ayant déjà trouvé (ou devant trouver) sa place à l'article *pharmacie* de ce journal. Nous ne nous occuperons ici que de son emploi et de son action thérapeutiques.

Le valérianate de zinc pouvant être considéré comme la quintessence de deux médicaments antispasmodiques sur la valeur desquels l'expérience est fixée, doit réunir leurs effets multiples. A en juger par les résultats cliniques obtenus par M. Devay, résultats qui ont été remarquables par la rapidité des cures et par leur continuité, ce praticien est porté à croire qu'il y a autre chose qu'une association de médicaments similaires dans le valérianate de zinc, et que ce dernier est à la valériane et au zinc pris isolément comme un médicament élevé à la plus haute

puissance d'action spasmodique. Du reste son action physiologique n'est guère plus prononcée que celle produite par le zinc et par la valériane. Une dose de quinze centigrammes, suffisante pour briser un accès de névralgie, pour modérer le paroxysme d'une migraine violente, ne provoque à l'état sain, comme M. Devay l'a expérimenté lui-même, qu'un peu de céphalalgie, quelques vertiges fugaces, un peu d'incertitude et de susceptibilité dans l'ouïe.

Jusqu'à ce jour, M. Devay a dirigé l'emploi du valérianate de zinc principalement contre les névralgies faciales et les migraines. Mais ce médicament n'a amené des résultats certains et soutenus que dans les cas où ces affections étaient purement nerveuses, indépendantes d'autres complications. C'est ainsi que dans les névralgies faciales, si souvent mélangées d'un élément rhumatismal qui se traduit par l'exacerbation des douleurs dans les vicissitudes de température, par l'existence simultanée de ces mêmes douleurs dans différentes régions, etc., l'emploi pur et simple de divers antispasmodiques, et en particulier du valérianate de zinc, a peu d'efficacité. Il en est de même des névralgies larvées à courtes périodes, de celles qui sont l'expression d'un virus latent; mais il en est autrement des névralgies faciales que complique un état chlorotique. Après l'emploi suivi des ferrugineux, qui ramènent la crâse du sang à son mode normal, il arrive très-souvent que les accidents nerveux persistent avec plus d'intensité : un élément seul a été dégagé, l'élément chlorotique; mais l'élément nerveux se montre encore dans toute son intensité. C'est alors que l'emploi des antispasmodiques, et du valérianate de zinc entre autres, est appelé à rendre les plus éminents services. M. Devay cite à ce sujet une observation très-intéressante et qui met hors de doute l'action de ce médicament. Il s'agit d'une dame de quarante-deux ans, présentant tous les signes de la chlorose, qui avait été rebelle aux pilules de Blaud, et de plus affectée depuis trois ans d'une névralgie sus et sous-orbitaire très-intense, surtout à l'époque des règles. Les pilules de Vallet, à dose progressive, firent justice de la chlorose; mais la névralgie persistant, M. Devay prescrivit une pilule de valérianate de zinc de 4 centigrammes matin et soir. Une amélioration rapide succéda à l'emploi de ce traitement.

M. Devay a employé ce médicament dans un cas de névralgie faciale datant de treize ans, réfractaire à tous les antispasmodiques. Il prescrivit :

Valérianate de zinc.....	60 centigram.
Gomme adragant........	2 grammes.

pour 12 pilules à prendre, une le matin et une autre le soir.

Dès le second jour, amélioration notable. Après une légère récidive, occasionnée par la cessation trop hâtive des pilules, le malade les reprit et fut guéri au bout d'un mois.

Dans un autre cas, il s'agit d'une névralgie sus-orbitaire datant de cinq mois, qui avait résisté aux pilules de Méglin, et qui céda en moins d'un mois aux pilules de valérianate de zinc à la dose de 4 centigrammes matin et soir.

Dans un troisième cas, M. Devay eut affaire à une névralgie intercostale, datant de trois mois et traitée sans succès par les antispasmodiques ordinaires. Le 15 mars, la malade est mise à l'usage des pilules de valérianate de zinc. Le 21 elle était en voie de guérison; le 13 avril, après l'ingestion de 18 pilules environ, elle était entièrement guérie.

Les observations de migraine sont au nombre de trois. Dans la première, il est question d'un homme de cinquante et un ans, en proie à des attaques de migraine violentes datant de l'enfance et revenant irrégulièrement trois à quatre fois par semaine. Après deux mois de l'usage du sel antispasmodique, le malade n'éprouve que rarement des hémicrânies, dont les accès ne l'empêchent plus de vaquer à ses occupations. Dans la seconde, il est question d'une céphalée nerveuse, opiniâtre depuis deux mois, chez une jeune fille de dix ans, pour laquelle un vésicatoire à la nuque, les pilules de jusquiame et d'oxyde de zinc avaient été sans succès. Le 12 mai, matin et soir, 3 centigrammes de valérianate dans une petite infusion de feuilles d'oranger; 13, amélioration; 15, cessation des douleurs; 20, retour au pensionnat parfaitement guérie.— A l'occasion de ce fait, M. Devay fait remarquer que le valérianate paraît être un très-bon hypnotique, et que dans trois circonstances il a fait cesser des insomnies cruelles.— Dans un troisième cas, il s'agit d'une femme

atteinte d'une hémicrânie nerveuse revenant irrégulièrement tous les mois et durant plusieurs jours. Le valérianate a suspendu les accès et modifié leur retour.

Quelque peu enthousiaste que l'on soit pour les médicaments nouveaux, nous croyons que ces faits sont dignes de l'attention des praticiens. La dose à laquelle M. Devay a le plus souvent employé le valér.anate a été de 10 centigrammes chaque jour. Il croit que sans crainte on peut la porter à 40 centigrammes. Les médecins italiens cependant ne l'emploient qu'à la dose d'un grain et demi, et ils ont beaucoup de succès. Dans trois cas de névralgies sus et sous-orbitaires, M. Cérulli, de Parme, a guéri en donnant ce sel à la dose d'un grain et demi par jour, divisé en deux pilules. Il les faisait prendre au moment même de l'accès. En continuant le remède à la même quantité, la cure a été complète dans l'espace de trente jours chez un malade, de quarante chez l'autre et de cinquante jours chez le dernier.

Le valérianate de zinc peut s'administrer en pilules, en poudre et en potions. Les deux premiers modes sont ceux préférés par M. Devay. Nous avons donné plus haut la formule des pilules; voici la prescription d'une poudre qui est d'un usage très-commode : Valérianate de zinc en poudre, 60 centigrammes; sucre en poudre, 3 grammes. Divisez en 12 paquets; un à quatre par jour, selon les indications. Voici encore une formule de potion employée par l'auteur :

Eau distillée...........	120 grammes.
Valérianate de zinc....	10 centigram.
Sirop de sucre.........	30 grammes.

Une cuillerée toutes les demi-heures; le sel est très soluble. (*Gaz. méd. de Paris*, juin, 1844.)

VARIÉTÉS.

Sur l'arsenic contenu dans les terrains des cimetières. — Une question de médecine légale neuve et intéressante a occupé pendant quelques instants l'Académie de médecine, dans une de ses dernières séances. Il s'agit des terrains arsenicaux des cimetières et de leur influence sur les cadavres qui y sont déposés. Il y a quelques années, et devant cette même Académie, M. Orfila, dans un savant mémoire, établit l'existence des terrains arsenicaux de quelques cimetières. Depuis, M. Chevallier étudia ce sujet avec le plus grand soin, et annonça que l'arsenic dans le terrain des cimetières pourrait provenir de deux sources différentes, de la constitution géologique même des terrains, ou d'une manière accidentelle et par le transport de quelques terrains d'alluvion et de remblais contenant des détritus de matières ayant renfermé de l'arsenic. Ainsi, dans quelques parties de la France renfermant des mines de fer arsenical, la terre des cimetières établis dans ces terrains donne de l'arsenic à l'analyse. Dans les grandes villes, et à Paris surtout, où les terrains des cimetières sont formés d'alluvion et de remblais, l'arsenic que contient ces terrains provient surtout des détritus des papiers de tenture pour la coloration desquels l'arsenic est employé dans de fortes proportions. On conçoit encore que les terrains ensemencés avec du blé chaulé à l'arsenic peuvent aussi fournir des traces de la présence de cet agent.

Il paraît donc incontestable aujourd'hui qu'il existe des cimetières dont la terre contient de l'arsenic. On comprend dès lors de quel intérêt il était pour les recherches de médecine légale de connaître quelle influence ces terrains arsenicaux pouvaient avoir sur les cadavres qu'ils renferment.

Dans le mémoire dont nous avons parlé, M. Orfila s'était beaucoup préoccupé de cette question qu'il avait cherché à résoudre expérimentalement. Il était arrivé à ces conclusions, savoir : 1° qu'un cadavre contenant de l'arsenic pouvait à la longue le rendre à la terre ; 2° mais qu'un terrain arsenical ne pouvait pas communiquer son arsenic à un cadavre.

Aucun fait de médecine légale n'était encore venu légitimer ou infirmer ces conclusions, lorsque M. Ollivier (d'Angers) a été appelé par la justice dans des circonstances singulières et fort opportunes pour faire cette vérification. Voici le fait en quelques mots et tel que M. Ollivier l'a exposé devant l'Académie :

Un homme devenu veuf est accusé par la rumeur publique d'avoir empoisonné sa femme : l'autopsie démontre qu'elle a dû succomber à des lésions indépendantes d'un empoisonnement. Mais une femme, dans l'intention d'épouser cet homme veuf, empoisonne son mari. A l'autopsie de cet homme, on trouva des traces évidentes d'arsenic. Des différends élevés entre les experts font renvoyer l'affaire ; nouvelle exhumation du cadavre de cet homme, dont les viscères sont envoyés à Paris avec de la terre de la fosse, reconnue arsenicale. L'appareil de Marsh donna des marques irréfragables d'arsenic dans le foie. La justice ordonna aussi l'exhumation du cadavre de la femme. Quoique ce cadavre eût séjourné plusieurs mois dans un terrain arsenical avec lequel il avait été en contact immédiat, il a été impossible à l'analyse d'en retrouver la moindre trace.

Ce fait vient donc confirmer les prévisions de M. Orfila. Tout en constatant la réalité de l'existence des terrains arsenicaux, il prouve que cette circonstance ne peut en aucune façon entraver la marche de la justice, car l'insolubilité de l'arsenic contenu dans les terres des cimetières s'oppose à ce que les cadavres s'en imprègnent.

Statistique des hôpitaux de Paris.—Les maisons de secours publics des hôpitaux de Paris se divisent en deux classes : les hôpitaux et les hospices. Dans les hôpitaux sont les malades ; dans les hospices les vieillards, les infirmes, les fous. Les hôpitaux se divisent en hôpitaux ***généraux*** où l'on admet les malades atteints de maladies aiguës ou chroniques, en hôpitaux spéciaux destinés aux accouchements, aux enfants malades, aux maladies de la peau et aux maladies vénériennes.

La ville de Paris possède 14 hôpitaux et 11 hospices. Il y a sept hôpitaux généraux qui renferment 3,047 lits, savoir : l'Hôtel-Dieu et son annexe 900 lits; la Pitié 600 ; la Charité 426 ; Saint-Antoine 278 ; Necker 329 ; Cochin 114 ; Beaujon 400. Il y a 6 hôpitaux spéciaux contenant 2,458 lits, savoir : Saint-Louis, pour les maladies de la peau, 800 lits ; hôpital du Midi (vénériens hommes) 300 ; Lourcine (vénériens femmes) 300 ; Enfants malades 500 ; Accouchements 420 ; Clinique 138. Il y a de plus la maison royale de santé contenant 175 lits pour des malades payants. Ainsi le nombre des lits des 14 hôpitaux de Paris s'élève à 5,680.

Les 11 hospices se divisent en hospices proprement dits, en maisons de retraite et en fondations. Les hospices sont : La Vieillesse hommes, Bicêtre contenant 3,000 lits ; la Vieillesse femmes, la Salpêtrière 5,000 lits ; les Incurables hommes 500 lits ; les Incurables femmes 560 lits : les Enfants trouvés et Orphelins 502 lits. — Les maisons de retraite sont : les Ménages 702 lits ; La Rochefoucauld 213 lits ; Sainte-Périne 182 lits. — Les fondations particulières sont : l'hospice Boulard, à Saint-Mandé, 12 lits ; l'hospice Brézin, au petit Lelany, commune de Garches, 300 lits ; l'hospice de Villars, rue du Regard, 30 lits. Total des lits des hospices 11,001 qui, ajoutés aux 5,680 lits des hôpitaux, font 16,681 lits destinés aux secours publics de la ville de Paris.

Translation des cendres de Broussais. — La translation des cendres de Broussais au Val-de-Grâce vient d'avoir lieu. Des députations de l'Institut, de la Faculté et de l'Académie de médecine, le corps des officiers de santé militaires assistaient à cette cérémonie. MM. Orfila et Naudet ont prononcé des discours, l'un au nom de la Faculté, l'autre au nom de l'Institut.

— M. le docteur Furnari, connu par ses travaux ophthalmologiques, et ayant rempli avec distinction la mission qu'il avait reçue d'étudier les maladies des yeux, si fréquentes dans nos possessions d'Afrique, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

Association médicale de la Gironde.—Les médecins du département de la Gironde ont suivi l'exemple des médecins de Paris et de quelques autres départements, ils s'occupent en ce moment à se réunir et à former une société qui prendra le nom d'*Association médicale de la Gironde*. Cette association aura pour but, comme celles qui existent déjà, d'établir entre les médecins des rapports de bienveillance et d'entretenir l'harmonie nécessaire à la dignité de la médecine, de secourir le médecin, sa veuve, ses enfants tombés dans l'infortune ; d'exercer une surveillance active sur tous les intérêts de l'art de guérir.

— Le concours de l'agrégation en chirurgie est terminé. Ont été nommés en chirurgie : MM. Gosselin, Voillemier, Giroldès et Marchal (de Calvi). M. Cazeaux a été nommé en accouchements.

Mortalité de la peste noire au quatorzième siècle. — Il n'a jamais existé de maladie plus dévastatrice que cette peste noire, qui, dans l'espace de quelques années, enleva à l'Europe plus du quart des ses habitants. Cette affreuse maladie n'offrait aucun caractère du choléra; c'était la peste d'Orient caractérisée par des bubons. Mais le plus souvent il y avait une hémoptysie, des douleurs de poitrine et une gangrène des poumons. L'haleine était empestée et la contagion extrême.

La maladie commença par la Chine, l'Inde, l'Asie centrale, l'Asie Mineure, l'Arabie, l'Égypte, Constantinople, et par la Chypre et la Sicile pénétra à Marseille en 1347. Bientôt la Sardaigne, la Corse et Mayorque furent atteintes. Elle régna à Avignon en 1348; dans les royaumes du nord, l'Angleterre, l'Allemagne, la Suède, la Pologne en 1349. Elle ne se montra en Russie qu'en 1351.

Le Caire perdit jusqu'à 1,000 et 1,200 personnes par jour; Alep 500 habitants par jour. Gaza eut à déplorer en six semaines la perte de 22,000 habitants, et Chypre perdit tous les siens.

Paris perdit 50,000 habitants; l'Hôtel-Dieu avait 500 morts par jour. Avignon perdit 60,000 habitants; Marseille, en un mois, 56,000; Strasbourg 16,000. Londres perdit au moins 100,000 personnes; Norwich 50,000; Venise 100,000; Florence 60,000; Valence 220,000; Bâle 14,000; Erfurth 16,000.

Statistique des aliénés en Angleterre. — Il paraît que dans l'espace des vingt dernières années, le nombre des individus atteints de folie en Angleterre a plus que triplé. Le nombre total se divise ainsi : fous, 6,808; idiots, 5,741; ensemble, 12,549 : c'est à la population dans le rapport de 1 à 1,000. Dans le comté de Galles : fous, 138; idiots, 763; total 896 : proportion de 1 à 800.

Il y a en Écosse 3,652 fous, environ 1 sur 700; et, en Irlande, le nombre s'élève à plus de 8,000. Des études faites sur 1,000 individus atteints de folie ont permis d'en donner à peu près les différentes causes avec leurs chiffres respectifs : boisson, 110; banqueroute, 100; atteints d'épilepsie, 78; ambition, 73; travail forcé, 73; idiots-nés, 71; misère, 6; caducité, 69; chagrin, 64; amour, 47; accidents, 39; dévotion, 29; opinions politiques, 26; empoisonnement, 17; illusions, 12; crimes, remords ou désespoir, 9; folie prétendue, 5; mauvaise conformation du crâne, 4; diverses autres causes inconnues, 115.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES TENDANCES ACTUELLES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

On ne peut plus se le dissimuler, l'école de Paris, qui s'était complu jusqu'ici dans la propagation des principes exclusifs du solidisme et de l'anatomisme, recule devant l'impuissance de ses idées favorites, et tâche de s'engager dans la voie large et féconde de la médecine antique. Naguère encore, tous les problèmes de l'art de guérir se réduisaient à ses yeux, en fait de diagnostic, à la détermination du siége de la lésion matérielle, réputée toujours et partout la source des maladies, et en fait de thérapeutique, à l'application pure et simple des agents curatifs supposés capables de ramener à l'état normal les altérations des tissus malades. Ainsi envisagée, la médecine se présentait aux médecins non plus comme un état pathologique général, susceptible de produire le dérangement des fonctions, mais comme l'expression adéquate d'un simple vice de structure. Elle descendait en un mot de la hauteur où l'avaient placée les longues séries d'observations de nos devanciers, pour se transformer en appendice de la plus grossière chirurgie. Nous ne reviendrons plus sur les reproches tant de fois adressés à cette manière mesquine de traduire les grandes scènes de la pathologie, sur les erreurs où se laissait aller cette médecine étroite en présence des affections pyrétiques et de toutes les maladies populaires, soit pour en reconnaître la nature, soit pour en assigner la thérapeutique; mais nous féliciterons sincèrement la Faculté de médecine de Paris d'avoir fini par comprendre qu'en suivant des principes aussi peu conformes à la saine physiologie, elle ruinait d'un seul coup la pathologie et la thérapeutique. Toutefois, il n'est pas aussi facile qu'on le pense de se remettre dans le droit chemin après avoir fait si longtemps fausse route; et s'il en fallait la preuve, nous la trouverions dans l'accueil qui a été fait par les meilleurs élèves de cette Faculté, aux essais de restauration dont nous venons de parler.

L'heureuse tendance manifestée par cette école vient de se révéler, sans équivoque, dans l'énoncé des questions qu'elle a données à traiter aux candidats pour le dernier concours de l'agrégation. Occupons-nous d'abord des questions en elles-mêmes, nous parlerons ensuite de la manière dont elles ont été traitées. Les points les plus élevés en font le sujet. Ce choix seul indique une protestation contre l'espèce de terre à terre des sujets de la plupart des publications modernes, et c'est déjà une amélioration réelle; car c'est en regardant de haut qu'on peut voir

de loin, pourvu qu'on jouisse d'une bonne vue. Mais la Faculté ne se contente pas de proposer des questions générales, elle en formule aussi de spéciales, en évitant néanmoins le cercle étroit des espèces de maladies. L'objet des unes et des autres n'est pas moins remarquable que leurs proportions et pour ainsi dire leur taille : ce qui les distingue à ce titre, c'est qu'elles remettent à l'état de problème des points de vue de diagnostic et de thérapeutique que la médecine organique croyait avoir résolus, et dont les solutions paraissaient avoir acquis en quelque sorte droit de domicile dans la science médicale. Donnons un aperçu de ces deux ordres de questions, ce sera le meilleur moyen de préciser la direction qu'elles trahissent.

Le solidisme, on ne le sait que trop, régnait naguère en maître dans l'école de Paris. Le dix-neuvième siècle avait eu la gloire, si gloire il y a, d'entraîner la pratique dans cette ligne. Pinel surtout, dont les travaux ont tant contribué aux progrès de la médecine, s'était élevé avec une sorte d'acharnement contre l'humorisme. Il le poursuivit en particulier dans sa nosographie, qui n'est autre chose, comme on s'en souvient, que l'exposé de la doctrine de son école. Pinel n'omet pas dans cette œuvre, d'ailleurs si remarquable, les moindres occasions de faire prévaloir les solides sur les liquides, et il s'efforce d'atteindre son but bien moins en opposant aux doctrines humorales les résultats de l'expérience, qu'en les attaquant par des assertions gratuites et surtout par les armes du ridicule. Ce n'était pas là certainement une manière de procéder parfaitement philosophique. Pinel toutefois vint à bout de décrier l'humorisme, et c'est de lui que doit dater l'ère du solidisme de la médecine parisienne. On prévoit aisément les conséquences du succès de ces principes : elles conduisaient à la domination de l'anatomie pathologique. C'est ainsi que l'école anatomique, introduite sans arrière-pensée à la suite de la médecine de Broussais, doit être réputée à bon droit la fille naturelle et légitime des dogmes de la nosographie philosophique. Remarquons en passant que l'école anatomique contre laquelle se sont élevées tant et de si fortes preuves d'incapacité, et qu'on dit être morte en présence des efforts de la médecine actuelle pour rentrer dans la voie de l'empirisme raisonné; remarquons, disons-nous, que la médecine anatomique s'essaye encore au pouvoir dont on croit l'avoir dépouillée, sous le manteau même de l'hu morisme. En effet, l'anatomie ne s'était exercée, dans les précédentes écoles, que sur les tissus de l'économie, et sous ce rapport elle n'avait pas accompli sa tâche, puisqu'il lui fallait encore interroger, analyser, disséquer les liquides, éléments primitifs, ou matière élémentaire des solides. Eh bien ! c'est la mission qu'un reste de cette école cherche à mettre en honneur aujourd'hui. On voit ces retardataires de l'é-

cole anatomique s'attacher à découvrir dans les liquides, et dans le sang en particulier, le point de départ et la raison suffisante de toutes les maladies. Or, cette nouvelle secte s'arroge à tort le titre d'humoriste, car il est bien évident qu'elle ne fait autre chose que transporter aux liquides les principes et les procédés déjà appliqués aux solides, c'est-à-dire qu'elle ne fait autre chose que l'anatomie pathologique des liquides. Il y a loin de ce qu'elle se propose, au but de la médecine humorale. Celle-ci était fondée sur l'idée vraie que les liquides étaient doués de la même vitalité que les solides, et elle procédait à la recherche des modifications de cette vitalité, non par l'analyse chimique, ou par l'inspection de ses caractères physiques, mais en s'efforçant de déterminer les altérations des forces dont les liquides sont passibles dans les divers états pathologiques, tandis que le prétendu humorisme actuel ne soupçonne pas même l'existence de ces forces, examine exclusivement les caractères physiques ou chimiques du sang, se borne en un mot à en faire l'anatomie. La Faculté de Paris a dû sentir toutes les imperfections de cet humorisme mensonger, puisqu'elle a proposé d'une part de rechercher l'*influence de l'humorisme sur la pratique médicale*, et qu'elle demande de déterminer d'un autre côté l'*influence du solidisme sur la pratique médicale*. Ces deux questions, également dignes du plus haut intérêt, sont réellement parallèles et se tiennent par la main.

Une autre question non moins élevée, proposée aussi dernièrement par la Faculté, c'est celle *de la maladie*. Tant que la médecine de Broussais tyrannisa la pratique, une pareille proposition eût passé pour une naïveté; car personne n'ignorait alors, ou plutôt tout le monde croyait savoir que la maladie n'était autre chose qu'une gastrite ou une gastro-entérite, ou plus généralement une irritation. La solution n'était pas complexe sous le régime de l'anatomie pathologique; car, sous ce système, il n'y avait rien autre, dans une maladie, qu'une lésion matérielle. La seule difficulté consistait à mettre le doigt sur le siége de la lésion. Nous sommes heureux de noter que la Faculté de Paris ne croit plus la question *de la maladie* aussi aisée à trancher, et qu'elle a cessé de penser qu'elle puisse se résoudre par un seul mot. Cependant, tout en approuvant la pensée qui a inspiré cette question, nous nous permettrons de critiquer son œuvre. On ne distingue pas assez, dans la pratique, deux termes similaires en apparence et qui sont bien loin d'être synonymes. Par exemple, qu'un homme reçoive un coup de sabre, se fasse une plaie, cet homme aura certainement alors une maladie; qu'un autre sujet ayant des symptômes fébriles très-notables se présente au premier venu, le premier venu reconnaîtra aussitôt que ce sujet est atteint d'une maladie; c'est-à-dire que le mot *maladie* n'indique

pas autre chose que le trouble fonctionnel sensible, qu'il vienne du dérangement des molécules organiques de nos tissus, comme à la suite d'une plaie, ou qu'il tienne au trouble des fonctions, comme dans une fièvre. Le terme d'*affection* si souvent et si mal à propos confondu avec celui de maladie, désigne pourtant tout autre chose. Il indique d'une manière précise la modification profonde qui est le point de départ de la maladie ou de l'état symptomatique. C'est ainsi qu'on dira, par exemple, une affection goutteuse, une affection rhumatismale, une affection scrofuleuse. La différence que nous signalons a été religieusement conservée par les anciens. Galien, notamment, et avant comme après lui toute l'antiquité, jusque dans le dix-neuvième siècle, l'exprimaient très-énergiquement en qualifiant l'affection d'*idée morbide*, idea morbi, pour indiquer que l'affection était le fond, la base, la matrice de l'état anormal dont la maladie n'était que la forme, la manifestation ou l'expression. Il aurait été plus convenable, dans la question proposée, d'intituler celle-ci *de l'affection et de la maladie*, au lieu de se borner à l'un des deux termes.



L'Influence de la connaissance des causes sur le traitement des maladies est encore une de ces questions de haute philosophie médicale qui trahissaient le retour aux principes de la saine médecine. Les causes jouent en thérapeutique le rôle le plus éminent. En effet, qui connaît les causes du mal est bien près d'en connaître le remède. Les médecins ne reviennent pas aujourd'hui du discrédit qui s'est attaché, dans ces derniers temps, à la détermination des causes des maladies. Cependant la plupart des médecins, le fait est trop vrai, n'y prêtaient naguère aucune attention. Entièrement absorbés par les recherches du siége, ils ne comprenaient pas que l'étude seule des causes menait directement à l'indication essentielle; tandis que dans la presque totalité des cas, nous parlons exclusivement des cas de médecine, la connaissance du siége ne peut mener qu'à des médications très-accessoires. C'est encore le lieu de faire ressortir une autre distinction qui a la plus grande influence sur le traitement; la voici. Il existe dans toutes les maladies deux ordres de considérations: les unes sont relatives aux phénomènes essentiels de la maladie; les autres à ses phénomènes secondaires. Les premières mettent sur la voie de la connaissance de sa nature; les secondes ne s'adressent qu'à ses expressions ou à ses formes: Les unes établissent auprès d'un malade les indications essentielles ou fondamentales; les autres n'indiquent, dans les mêmes circonstances, que des moyens plus ou moins secondaires. Ces différences pénètrent dans l'intimité même des affections, et elles se traduisent fort souvent dans les expressions les plus insignifiantes. Prenons un exemple: qui

ne sait sous combien d'aspects une fièvre intermittente peut se produire ? Il n'existe peut-être pas de forme pathologique sous laquelle elle ne se manifeste. Ne la voyons-nous pas indistinctement inflammatoire, bilieuse, catarrhale, muqueuse ? ne se montre-t-elle pas, spécialement dans celles de mauvaise nature, avec les symptômes des pleurésies, des pneumonies, des méningites, des apoplexies, du choléra-morbus, des rhumatismes, etc. ? Eh bien ! toutes ces formes ou expressions n'en changent pas le caractère essentiel, celui de fièvre périodique ; et la preuve, c'est que toutes cèdent, traitées convenablement, à l'administration de l'antipériodique principal. La masse de maladies sous lesquelles s'enveloppe, pour ainsi dire, le génie périodique, sont la forme, l'expression de ces affections ; le génie périodique lui-même en constitue seul le fond, la nature. Les premières, la plupart dépendantes du siége, ne donnent guère lieu qu'à des indications provisoires et secondaires ; mais le second fournit, au contraire, l'indication fondamentale. Nous ajouterons, pour revenir à l'importance du sujet impliqué dans la question annoncée, que la recherche des causes est la grande route de ces dernières indications. Une illusion fatale a pesé sur la doctrine anatomique : c'est qu'à ses yeux le siége tenait lieu de la vraie cause, tandis que la véritable cause gît le plus souvent dans les modifications des forces de l'ensemble de l'économie. L'étude du siége des maladies est fort utile, sans doute ; mais elle n'en révèle que le théâtre ; pour atteindre aux vraies causes, il faut confronter le tableau général des phénomènes depuis les premiers signes anamnestiques, jusqu'au rétablissement complet de la santé, avec les enseignements fournis sur les affections analogues par l'expérience des siècles et les leçons des plus grands maîtres.

Aux questions que nous venons d'examiner, questions de la plus haute portée, et bien dignes de figurer dans un programme de concours, où il s'agit d'exhiber des titres incontestables au droit d'enseigner, la Faculté en a ajouté d'autres qui ne sont, dans leur généralité même, qu'une large application des grandes vues révélées par les premières ; nous n'en citerons que quelques-unes ; la plus importante sans contredit est celle-ci : *De l'influence épidémique sur les maladies, des indications thérapeutiques qui en sont la conséquence ;* viennent ensuite les suivantes : *De la fièvre sous les rapports séméïologique, pronostique et thérapeutique ; jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut éclairer le traitement des névroses ; jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut éclairer le traitement des fièvres dites essentielles ; jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut éclairer le traitement des maladies du poumon?* Nous aurions

pu pousser beaucoup plus loin notre liste ; car, encore une fois, sauf trois ou quatre questions dont on devine très-aisément la source, questions rédigées en vue d'une opinion personnelle, et non, comme il le faudrait, en vue de l'intérêt de la science et de l'art, toutes les autres sont marquées au coin d'une pensée régénératrice et féconde. Un mot encore sur une de celles que nous venons de mentionner.

L'influence épidémique ne pouvait échapper à cette pensée de régénération; qui ne sait combien cette influence plane sur les maladies régnantes, combien elle importe surtout au traitement fondamental? et pourtant les praticiens de nos jours n'en tiennent absolument aucun compte. Ouvrez, en effet, ces milliers de volumes qui sortent chaque année du cerveau des médecins, et vous serez étonnés de n'y pas trouver même une seule fois l'indication de cette influence; on dirait que le milieu dans lequel nous vivons n'est atteint que dans des cas tout exceptionnels par l'action des principes épidémiques. Il est certain que s'il s'agit d'épidémie proprement dite, de ces graves et extraordinaires affections qui naissent sur un point pour faire le tour du monde, l'épidémie est un phénomène heureusement exceptionnel. Mais ce n'est pas précisément dans ce sens rigoureux que cette expression est prise, ce n'est pas au moins dans ce sens qu'elle est entendue dans l'énoncé de la question du concours; là il s'agit de l'influence que les causes populaires exercent sur les maladies. Or, à ce titre, il n'y a rien de plus commun que cette influence, ou plutôt, il n'y a certainement aucune affection complétement affranchie de l'action d'une semblable cause. Qui peut se soustraire jamais, par exemple, à l'action de l'air, au passage des saisons, aux effets des climats et des localités? Et pourtant, nous le répétons, les meilleurs traités de médecine pratique ne disent rien ou presque rien de l'empire des modifications atmosphériques. Ne dirait-on pas que l'atmosphère, si puissante dans les phénomènes du grand monde (macrocosme), n'a aucune action sur la sensibilité si exquise de l'organisme vivant (microcosme)? Ce n'est pas ainsi qu'en jugeaient nos prédécesseurs; ils savaient, eux, que parmi les agents dont nous sommes modifiés, il n'en est aucun de plus actif que les qualités physiques de l'atmosphère. Le temps approche où cette grande vérité sera appréciée comme elle l'a toujours été jusqu'à la médecine dite physiologique, et comme elle le sera par les observateurs impartiaux qui poussent la génération présente. L'influence épidémique, dans le sens large que nous lui attribuons, rentre dans la catégorie de ces causes essentielles dont nous parlions tout à l'heure : elle est la source des indications principales. Telle est l'heureuse tendance manifestée par l'école de Paris dans les questions proposées au dernier concours pour l'agrégation : les aspi-

rants aux fonctions de l'enseignement sauront dès à présent qu'ils doivent revenir aux grands principes de l'art, et oublier les systèmes étroits dans lesquels on les a retenus pendant trente ans. Nous nous réjouissons très-volontiers de la nouvelle ligne suivie par la Faculté de Paris, sans nous dissimuler les difficultés de questions semblables pour de jeunes médecins si peu au courant de ces principes. Dans un second article nous examinerons comment ces questions ont été traitées.

Foster.

DE LA CHORÉE DANS LA PREMIÈRE ENFANCE, ET DE SON TRAITEMENT.

C'est une chose bien remarquable qu'une maladie aussi fortement et aussi nettement caractérisée que l'est la chorée, dans la plupart des cas au moins, ait été aussi longtemps méconnue. Que Galien(1), Hippocrate même aient distingué cette maladie, et en aient tracé un tableau qui eût dû guider sûrement leurs successeurs, c'est là une question que nous laisserons à débattre aux simples historiens de la science : mais de quelque façon qu'on résolve cette question, ce qu'on ne saurait se refuser à admettre, c'est qu'il faut arriver à la fin du quinzième siècle pour rencontrer, dans Félix Plater et Hortius, une indication positive de cette affection, telle que nous la montre l'observation de tous les jours. Les données incomplètes qui se trouvent à cet égard dans ces deux auteurs suffirent pour fixer l'attention des observateurs, et successivement Sydenham, Mead, et parmi nous le docteur Bouteille, achevèrent de dessiner le tableau, que leurs prédécesseurs n'avaient fait qu'ébaucher. Grâce aux laborieuses recherches de ces observateurs fidèles, il ne restait plus aux médecins contemporains que la tâche plus facile de poursuivre l'étude de cette maladie, désormais positivement inscrite dans les cadres de la nosologie, dans les diverses circonstances de son développement, de signaler son identité sous les formes diverses qu'elle peut revêtir, et enfin d'en fixer, si cela était possible, la thérapeutique. Tout le monde le sait, depuis que parmi nous un certain nombre de médecins, sans trop craindre l'anathème porté contre les spécialistes, se sont livrés avec un zèle bien louable à l'étude de la pathologie de l'enfance, d'in-

(1) Voici le passage de Galien, où plusieurs auteurs modernes, P. et J. Frank entre autres, ont cru trouver la description de la danse de Saint-Guy. « Scelotyrbe (id est, σκιλοσ, *jambes*, τυρβη, *désordre*) est species paralysis qua correpti recto calle progredi non possunt, sed modo a dextris in sinistrum vacillant, ac sinistrum pedem in dextrum circumferunt, ac coguntur dextrum in sinistrum, et in progressu attollere crus, tanquam hi qui magna et ardua conscendere volunt. »

téressantes monographies, des mémoires plus au moins étendus ont été publiés sur cette névrose, si longtemps et si incroyablement ignorée.

Notre intention n'est point de résumer ici ces travaux originaux, ni de tracer l'histoire d'une maladie dont le type se trouve dans la pensée de tous les praticiens, et que l'expérience de chaque jour, d'ailleurs, nous montre dans les réalités de la vie pathologique ; ce que nous nous proposons seulement, c'est d'ajouter un tracé au tableau de la chorée, en la montrant telle que nous l'avons observée dans la première enfance, et en indiquant en même temps la méthode thérapeutique que nous avons heureusement opposée à la maladie, dans la circonstance particulière où nous avons eu occasion de l'observer.

Il n'est personne, sans doute, qui ne sache que de tous les auteurs qui tour à tour se sont occupés de tracer l'histoire de la danse de Saint-Guy, et d'analyser les principales circonstances au milieu desquelles on voit cette affection se développer, il n'en est pas un seul, peut-être, qui ne l'ait présentée comme étant exclusivement propre à un certain âge de la vie, au-dessous duquel on ne l'observe jamais. C'est ainsi, pour ne citer que les travaux les plus récents sur ce point, que M. Ruff, dans les *Archives générales de médecine*, Constant, dans ce journal même, M. Blache, dans le *Répertoire des sciences médicales*, MM. Rilliet et Barthès, dans leur *Traité des maladies des enfants*, etc., s'accordent tous à déclarer que la première enfance est complétement exempte de cette névrose. Tant que les idées de Sydenham, de Bouteille, sur la nature, ou au moins sur les conditions vitales de la chorée, furent acceptées, nous concevons que la préoccupation théorique dans laquelle on était à cet égard, et qui ne permettait de voir dans cette maladie qu'un accident insolite d'une puberté laborieuse, nous concevons, disons-nous, que dans cette préoccupation, les faits de l'ordre de ceux que nous nous proposons de rappeler ici, soient passés inaperçus : on ne voit point ce que l'intelligence affirme être contraire au développement normal de la vie. Mais cette erreur s'est évanouie peu à peu au contact des faits, et bien que dans la monographie si intéressante d'ailleurs de Bouteille on ne lise que des observations où les conditions d'âge stipulées par la théorie sont rigoureusement remplies, une fois que cet habile observateur eut, par son livre, éveillé l'attention distraite des médecins sur un ensemble de phénomènes morbides mal appréciés, on ne tarda point à voir que ce cercle des conditions de développement de la chorée devait être élargi, et qu'au delà de la puberté, même en deçà de cette époque critique du développement humain, cette névrose se rencontre souvent avec tous les caractères de sa morbide et inconstante physionomie.

Mais si les observateurs modernes, affranchis de la conception théorique erronée que nous venons de rappeler, ont vu la chorée à des époques de la vie où, d'après celle-ci, il était impossible qu'elle se rencontrât, tous, comme nous l'avons dit déjà, s'accordent à déclarer que la première enfance est à l'abri de cette affection. Bien que nous n'ayous à opposer à cette assertion qu'un petit nombre de faits contradictoires, ils suffisent cependant pour ébranler cette prétendue loi dans ce qu'elle a de trop absolu. Toutefois, comme nous n'avons qu'une médiocre confiance dans toute affirmation scientifique qui n'a d'autre fondement que l'addition statistique, si nous n'avions d'autre vue que de démontrer qu'à cet égard l'énumération de la science est incomplète, nous nous serions complétement abstenu : depuis que l'on commence à revenir de l'engouement irréfléchi qu'excita d'abord l'application de la statistique à l'étude des phénomènes de la vie morbide, on n'accepte guère plus ses résultats que comme une sorte de provisoire, en regard duquel chacun fait ses prudentes réserves. Mais non-seulement, comme nous allons le démontrer péremptoirement, la chorée peut se rencontrer dans la première enfance, ce qui est plus important au point de vue de la science réelle, c'est que, quand la maladie surgit au milieu des conditions spéciales qui constituent cette période de la vie, elle revêt une forme particulière, les phénomènes qui la caractérisent sont modifiés et dans leur mode de succession, et dans la physionomie générale sous laquelle ils se traduisent : c'est là surtout le fait pathologique que nous voulons établir, c'est ce qu'il s'agit maintenant de démontrer.

La chorée, comme chacun sait, consiste essentiellement dans un désordre des mouvements qui appartiennent à la vie de relation ; que la maladie soit générale ou partielle, qu'elle n'affecte qu'un seul côté du corps, hémi-chorée, ou que les deux côtés soient pris à la fois, les muscles, troublés dans leur contraction normale, sont, durant la crise, soustraits à l'empire de la volonté, et ne sont plus capables que de mouvements irréguliers, saccadés, les muscles de la face se contractent de la manière la plus étrange, et font grimacer la physionomie de la manière la plus bizarre : les membres sont agités d'une manière intermittente par des mouvements brusques et inattendus ; la langue participe souvent à ce désordre, et ce désordre peut aller jusqu'à une impossibilité absolue de prononciation ; dans quelques cas, chaque mouvement violent des extrémités supérieures et inférieures est accompagné d'une sorte de cri inarticulé, aussi involontaire que l'est l'agitation des membres elle-même. Tels sont les principaux phénomènes par lesquels se manifeste une chorée nettement caractérisée ; lorsqu'on l'observe à une certaine période de la vie, la maladie semble affecter une forme un peu diffé-

rente dans la première enfance : le désordre porte toujours bien exclusivement sur les mouvements, mais il n'en résulte plus pour les membres une jactitation brusque, saccadée; c'est une simple palpitation musculaire, si nous pouvons ainsi dire, et qu'on ne constate que par le toucher. Du reste, pour ne point nous exposer à répéter dans une description générale les détails dans lesquels nous serons forcé d'entrer à propos des observations particulières qui doivent légitimer cette description, nous allons de suite passer à l'exposition de ces faits intéressants.

Dans le fait suivant nous allons voir la maladie dans sa forme la plus simple, et sans qu'aucune complication vienne dans la suite jeter le moindre doute sur sa nature.

Une petite fille de dix mois, née de parents jeunes, et qui tous les deux ont constamment joui d'une santé excellente, refuse tout à coup, sans cause appréciable, le sein de sa nourrice. Sa mère, inquiète d'un accident qu'elle n'avait point encore observé, est portée par là seul à surveiller son enfant avec une plus grande attention : dans cette sollicitude, elle ne tarde point à remarquer dans celle-ci une plus grande susceptibilité nerveuse que d'ordinaire; c'est ainsi, par exemple, qu'elle observe que quand une personne se présente brusquement à elle, elle est comme effrayée; quand un bruit imprévu se fait entendre auprès d'elle, elle tressaille; le sommeil, ordinairement profond, devient plus agité, l'enfant devient plus grognon que d'ordinaire, et en un mot, pendant les quelques jours qui précèdent les accidents caractéristiques de la maladie que nous allons voir éclater, il est évident que la petite fille n'est point dans son état normal, et que le système nerveux surtout est devenu morbidement impressionnable. Enfin la mère, dont les yeux sont constamment fixés sur la figure de sa fille pour y saisir les expressions les plus fugitives de la souffrance, y remarque des contractions grimaçantes qui l'inquiètent, et dont elle s'empresse de me faire part. J'observe en effet que les commissures des lèvres sont tirées irrégulièrement tantôt à gauche, tantôt à droite, tantôt des deux côtés à la fois; les ailes du nez sont agitées de quelques contractions analogues; le menton lui-même est le siége d'une sorte de trémulence, qu'on ne saisit qu'en observant avec une très-grande attention ; en même temps, il y a clignotement des yeux et cris jetés d'une façon imprévue, comme dans quelques cas d'hydrocéphale.

En présence de cet ensemble de symptômes, nous avouerons que nous crûmes à une arachnitis imminente, mais cette erreur ne tarda point à se dissiper : en effet, en prenant le bras de l'enfant pour toucher le pouls, nous fûmes frappés d'une sorte de trémoussement continu, que nous observâmes dans la portion du bras qui était en contact avec no-

tre main : l'autre bras, exploré dans la vue d'y rechercher le même phénomène, nous présenta effectivement la même agitation musculaire ; les jambes, les cuisses, le tronc, le cou, etc., ayant été successivement interrogés, nous y constatâmes invariablement le même phénomène. Nous ne doutâmes plus dès lors que nous n'eussions sous les yeux une chorée; seulement nous crûmes que ce n'était là que le prélude de la maladie, et que peu à peu cette sorte de trémoussement musculaire serait remplacé par la jactitation saccadée des membres, telle qu'on l'observe le plus ordinairement et chez les sujets d'un âge plus avancé.

Il n'en fut rien, la maladie dura dix jours environ, et ne nous présenta d'autres phénomènes que ceux que nous venons de décrire.

Malgré la physionomie insolite de cette affection, il nous semble impossible de voir dans l'ensemble, la succession et l'enchaînement des symptômes signalés, autre chose qu'une chorée. Que si l'on voulait rattacher à une autre modification de l'innervation que celle qui produit cette névrose, la trémulence musculaire générale que nous offrit cette petite malade, nous demanderions s'il n'existe pas un grand nombre de chorées partielles, dans lesquelles le désordre fonctionnel de la contraction se borne à quelques muscles de la face, tel que nous le constatons dans la présente observation. Or, si ce désordre doit être nécessairement rattaché au trouble d'innervation, quel qu'il soit, qui détermine la chorée, comment ne point rattacher au même désordre, au même trouble intime du centre nerveux, la perturbation constatée dans le reste de l'appareil musculaire? Ce qui d'ailleurs prouve victorieusement que c'est là la seule interprétation légitime des phénomènes morbides dont il s'agit de déterminer la valeur pathologique, c'est que lorsque la chorée, dans les conditions ordinaires où on la voit survenir, ne débute point d'emblée, le plus ordinairement le prélude de la maladie consiste dans une sorte de trémulence analogue, que tous les observateurs ont notée, et que Bouteille signale même dans quelques-uns des faits qu'il rapporte, comme persistant dans l'intervalle des plus violents paroxysmes.

Mais en voilà assez de ces réflexions sur l'interprétation d'un phénomène dont le sens ne saurait être contesté par aucun esprit non prévenu ; hâtons-nous d'exposer un fait plus intéressant encore que celui que nous venons de rapporter, et dans lequel nous allons voir les mêmes phénomènes se produire d'une manière plus tranchée.

L'enfant qui fait l'objet de cette nouvelle observation est également une jeune fille : ce qui est déjà la confirmation d'une loi que l'expérience a positivement établie, c'est à savoir, que c'est surtout chez les individus du sexe féminin que s'observe la danse de Saint-Guy. Cette enfant, âgée d'un an ou treize mois, a reçu le jour d'une mère qui dé-

clare n'avoir jamais été atteinte d'accidents qui puissent se rattacher à la chorée, mais qui cependant présente dans la face quelques contractions involontaires, intermittentes à longs intervalles, qui feraient légitimement supposer qu'elle a pu souffrir quelque atteinte de cette maladie à une époque indéterminée de la vie. Quoi qu'il en soit à cet égard, l'enfant qui lui doit le jour offre toutes les apparences d'une constitution forte et vigoureuse : enrhumée depuis quelques jours, je fus appelé pour lui donner mes soins; ce rhume fort léger touchait à sa terminaison, quand la mère s'aperçut que son enfant devenait plus impatiente qu'à l'ordinaire ; un rien lui arrachait des cris, au moindre retard que l'on mettait à satisfaire ses petits caprices, elle trépignait et rejetait en boudant, ou en pleurant, ce qui tout à l'heure était l'objet de son impatiente convoitise. Bientôt d'autres accidents plus significatifs se joignirent à ces symptômes, les yeux devinrent le siége d'un clignotement aussi fréquent qu'insolite ; toute la face, dans les moments d'impatience qui se multipliaient chaque jour davantage, grimaçait de la façon la plus bizarre, de manière à fixer l'attention des yeux les plus distraits ; mais, chose bien remarquable, pendant qu'ici la chorée se traduisait du côté des muscles du visage par des contractions anormales si tranchées, elle ne se manifestait plus dans le reste de l'appareil musculaire que par cette trémulence, cette palpitation appréciable au seul toucher, que nous avons signalées dans le cas précédent. Mais cette agitation était extrêmement prononcée : que l'on embrassât par la main soit le bras, soit la jambe, soit la cuisse, à tous les points de contact on percevait une sorte de mouvement vermiculaire, dont ceux-là qui ne l'ont point senti ne peuvent se faire une idée qu'en se figurant perçu par le toucher le mouvement que l'œil saisit dans la chair pantelante d'un animal qu'on vient d'assommer et qui a été écorché immédiatement après.

Comme dans la chorée ordinaire, le sommeil suspendait et cette trémulence des muscles des membres, et les contractions bizarrement grimaçantes de la face; nous eûmes l'occasion de constater positivement ce fait, un matin que nous trouvâmes la petite malade encore au lit. Nous voulûmes ce jour-là assister à son réveil, qui ne tarda point à avoir lieu, pour observer le passage de l'état de sommeil à l'état de veille. Pendant quelques minutes, les muscles restèrent immobiles, bien que l'enfant fût parfaitement éveillée et promenât les yeux autour d'elle, comme si elle eût cherché quelque chose qui lui manquait; mais la mère l'ayant prise dans ses bras, elle se mit à pleurer, et immédiatement la trémulence musculaire reparut.

Cet état de choses durait depuis quinze jours environ, quand la petite malade fut prise de violentes convulsions, dans lesquelles la tête

était fortement portée en arrière, les yeux convulsés en haut : pendant ce temps la face était bleuâtre et horriblement grimaçante; cependant les membres n'offraient d'autre mouvement que la trémulence que nous avons signalée tout d'abord. Nous crûmes devoir combattre énergiquement cet état qui nous parut fort grave, nous prescrivîmes en conséquence l'application d'une bande vésicante qui, partant de la base du cerveau, se prolongeait jusqu'aux premières vertèbres cervicales. Au bout de cinq à six heures environ, ces accidents, qui se renouvelaient à d'assez courts intervalles, s'éloignèrent, diminuèrent d'intensité et finirent par cesser complétement. La trémulence musculaire elle-même diminua sensiblement sous l'influence de cette révulsion énergique, mais ne se dissipa pourtant complétement qu'au bout de quelques jours, pendant que la petite malade prenait des bains frais. Le seul phénomène qui survécut pendant quelque temps à cette affection qui avait fini par revêtir une forme si grave, fut une grand impressionnabilité, qui elle-même disparut peu à peu.

Dans le premier cas que nous avons rapporté, ce fut également aux bains frais que nous eûmes recours, après avoir en vain tenté l'emploi de la belladone, de l'opium et des vomitifs. Il nous parut évident que ce moyen avait exercé une influence réelle. Il est plus difficile, dans le second cas que nous avons tout à l'heure relaté, de faire aux bains la part d'influence qu'ils ont pu avoir dans la guérison du mal, car nous avons vu celui-ci diminuer notablement dès qu'une révulsion puissante eut été pratiquée sur le rachis. On se rappelle que quelques observateurs distingués, parmi lesquels nous nous contenterons de citer MM. Serre, Lisfranc, et l'Anglais Prichard, n'ont point hésité, en présence de quelques lésions anatomiques rencontrées chez des enfants qui avaient succombé à la chorée, à rattacher cette maladie à l'inflammation de divers points du système nerveux. Nous croyons que, dans ces divers cas, ces lésions, loin de commander la maladie, étaient le résultat de complications qui avaient entraîné la mort : toutefois, il ne saurait être douteux pour personne que le point de départ d'une affection qui se traduit exclusivement par un désordre de la contractilité musculaire, ne dépende d'une modification morbide des centres nerveux, et, quelle que soit cette modification, on comprend qu'une révulsion énergique pratiquée non loin du siége de cette lésion puisse rappeler la fibre cérébrale à son jeu normal.

Bouteille rapporte lui-même une observation dans laquelle l'emploi de ce moyen chez une femme d'un âge moyen est rapidement suivi de la guérison de la maladie ; voici le résumé de cette observation :

« La malade avait principalement la tête dans un mouvement con-

tinuel d'agitation, les yeux, les lèvres, tous les muscles de la face étaient dans un mouvement convulsif non interrompu; son visage offrait l'expression de la gaieté et du rire; elle parlait sans cesse avec une vélocité et une vivacité extraordinaires; elle remuait souvent aussi les bras et les jambes; elle montra le geste bizarre que fait le bras de ceux qui sont attaqués de cette maladie, lorsqu'ils veulent le porter à la tête; on me rapporta que les mouvements de tout son corps étaient si violents pendant la nuit, qu'il était bien difficile de les contenir [1]. »

Bien que l'auteur, égaré ici par sa théorie qui lui faisait considérer la chorée comme exclusivement liée au développement de la puberté, range ce cas dans ce qu'il appelle la pseudo-chorée, il est bien clair cependant que c'est là un cas de chorée parfaitement caractérisée. Un vésicatoire fut placé à la nuque, et, comme le dit l'auteur, le succès de ce moyen fut si prompt et si merveilleux qu'on crut pouvoir se dispenser d'employer d'autres remèdes, et en peu de jours la malade se trouva dans son état naturel.

Conclurons-nous de ces faits que la révulsion à la base du crâne soit un moyen infaillible dans cette maladie? nous nous en garderons bien; mais il nous paraît difficile de ne point admettre qu'il ne puisse être dans quelques cas d'une application utile. Pour ce qui est de cette maladie dans la première enfance, ce n'est point avec un si petit nombre de faits que ceux que nous possédons, qu'il peut nous être permis de rien établir d'absolu sur ce point: nous devons nous borner à les enregistrer ici; l'avenir seul peut déterminer la valeur de la thérapeutique employée.

Quant aux enseignements que cette forme particulière de la maladie, telle que nous venons de la décrire, peut fournir pour en éclairer la nature, nous nous bornerons à une simple réflexion. Quelques auteurs ont défini la chorée un mélange de convulsion et de paralysie: outre ce qu'il y a de peu philosophique dans cette conception, dans cette combinaison de deux états qui s'excluent si manifestement, nous croyons qu'il est difficile de ne point rejeter cette idée, lorsque la maladie se manifeste si évidemment comme un trouble actif de la contractilité dans les conditions où nous venons de l'étudier. Il nous resterait encore à dénommer cette forme particulière de la danse de Saint-Guy: nous ne nous mettrons point beaucoup en frais pour cela; nous proposerons seulement la dénomination de *chorea tremula*, que Berndt, comme le dit justement J. Franck, a mal à propos appliqué à une simple variété du tremblement.

MAX. SIMON.

(1) *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*, p. 338.

DE LA CHLOROSE SYPHILITIQUE, ET DE SON TRAITEMENT.

Pour ceux qui ont porté dans l'étude des maladies vénériennes le flambeau de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, qui ont abandonné le mysticisme et les hypothèses obscures pour donner à ces affections le positivisme et la précision des autres branches de la pathologie, il est bien prouvé que les différents accidents réputés vénériens ne sauraient être rapportés à une seule cause spécifique, par laquelle l'économie serait toujours modifiée d'une manière générale et identique avant de produire les phénomènes spéciaux.

Aujourd'hui, la ligne de démarcation absolue entre la blennorrhagie et le chancre (que celui-ci, à cause de son siége, soit ou non accompagné de symptômes blennorrhoïdes) a été définitivement tracée par mes expériences sur l'inoculation artificielle.

Il est également démontré que le chancre ou ulcère primitif, premier résultat de la contagion syphilitique, et qui, en dehors de l'hérédité, est la seule source d'infection constitutionnelle possible, n'aboutit pas toujours à l'empoisonnement général. Le chancre, on est heureux de le dire, ne constitue très-souvent qu'une affection locale; et alors qu'il aurait de la tendance à infecter l'économie, on peut encore l'en empêcher en le détruisant à temps. Mais lorsque, par l'inexpérience ou l'incurie des malades, ou, ce qui est bien plus fâcheux encore, par le fait des doctrines erronées de beaucoup de médecins, on lui donne le temps de produire des phénomènes généraux, ce qui nécessite des conditions idiosyncrasiques particulières, nous voyons ceux-ci se développer dans un ordre de succession régulière, non-seulement quant aux éléments organiques affectés, mais aussi quant au temps de leur apparition.

Les médecins qui ont suivi attentivement l'évolution de la syphilis non entravée par des médications spéciales, ont peine à revenir de l'étonnement que leur causent la confusion et le pêle-mêle des accidents syphilitiques, énumérés sans ordre et souvent sans discernement, comme on l'a fait de tous temps et comme quelques-uns s'obstinent à le faire encore.

Sans agiter ici la question du mécanisme à l'aide duquel se produit l'infection syphilitique constitutionnelle, il est aujourd'hui expérimentalement prouvé, qu'un des premiers effets saisissables de cette espèce de résorption du pus virulent qui va constituer la diathèse syphilitique, consiste dans une altération constante du sang.

En effet, dans ce qu'on peut considérer, avec Catanée, comme la période d'incubation des accidents secondaires, on trouve déjà le sang

plus ou moins altéré ; de telle façon que, soit avant, soit après la manifestation des accidents secondaires, l'inspection du sang et les phénomènes qui peuvent dépendre de la circulation générale peuvent servir à éclairer sur l'état morbide de la constitution.

Déjà Jean Jessennius de Jessen, médecin hongrois, en 1618, et Georges-Daniel Coschwitz, de l'université de Hall, en 1728, pensaient qu'on pouvait reconnaître la vérole par l'inspection du sang. Astruc s'est avec raison élevé contre cette prétention fondée sur des signes inexacts; mais il ne serait pas vrai de croire que le sang des syphilitiques ne présente jamais d'état particulier. Sans doute que cet état n'est pas pathognomonique, car dans d'autres conditions de diathèse et de cachexie, on trouve des altérations analogues ; mais sur un individu suspect de syphilis, c'est un signe de plus, c'est une condition importante dont il faut tenir compte, surtout quand il s'agit de ranger d'une manière absolue les maladies vénériennes parmi les maladies sthéniques ou parmi les maladies asthéniques.

Dès que la syphilis a pénétré dans l'économie, c'est sur les globules du sang qu'elle porte son action ; et dans le grand nombre de recherches et d'expériences que j'ai faites conjointement avec M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, j'ai toujours trouvé que le nombre des globules avait diminué dans des proportions variables, et qu'il pouvait arriver au maximum de diminution possible dans l'anémie. Cette diminution des globules détermine un état général, un appauvrissement du sang, qui, par les conditions dans lesquelles il se produit, doit constituer une variété de la chlorose.

Si, en effet, nous étudions les symptômes que présentent les syphilitiques, avec ou sans la manifestation des accidents secondaires, nous leur trouvons une analogie frappante avec ceux de la chlorose en général, et quelquefois même une parfaite identité. Ces symptômes sont, du reste, plus prononcés chez les femmes que chez les hommes, et chez les individus à tempérament lymphatique.

On a bien admis l'influence des organes génitaux et l'abus des plaisirs vénériens comme causes de la chlorose en général ; mais on a eu tort de ne pas ranger parmi ces causes l'infection constitutionnelle directe ou par hérédité.

Depuis mes recherches, j'ai trouvé l'énigme de quelques chloroses qui, après avoir d'abord résisté à l'emploi des ferrugineux seuls, avaient plus tard parfaitement guéri par les ferrugineux combinés au traitement antisyphilitique, ou par le traitement antisyphilitique seul.

C'est à l'état du sang qu'il faut rapporter la coloration particulière de la peau. La circulation sanguine peut présenter, chez eux, toutes

les variétés qu'on rencontre dans la chlorose en général ; il en est de même pour la sensibilité et la myotilité; l'affaissement physique et moral sont souvent aussi prononcés et même quelquefois davantage : le visage terne, l'œil éteint, indiquent bien que le sang ne jouit plus de ses mêmes propriétés.

Comme premiers symptômes additionnels, surviennent un état de courbature générale, ou bien des douleurs rhumatoïdes désignées par quelques auteurs sous la dénomination de rhumatisme syphilitique. Ces douleurs, comme les douleurs ostéocopes, se montrent la nuit seulement, ou éprouvent des exacerbations nocturnes. Elles ont ceci de particulier, qu'elles siégent dans le voisinage des articulations sans y déterminer ni gonflement ni changement de couleur à la peau, et sans que la pression, en général, les éveille ou les accroisse. Plus souvent encore, on observe des céphalalgies, des céphalées, des hémicrânies, faciles à confondre avec la migraine. Des douleurs névralgiques offrant, dans quelques circonstances, la plus parfaite analogie avec les névralgies vulgaires qui ont pour siége la cinquième paire. Dans quelques cas, ce sont des douleurs névralgiformes de la septième paire, et la paralysie assez fréquente du nerf facial.

Il n'est pas rare, à cette période, de voir survenir une alopécie partielle ou générale. Mais déjà, sur la très-grande majorité des sujets, les ganglions cervicaux postérieurs ou latéraux, et quelquefois seulement les ganglions mastoïdiens, sont pris d'engorgements indolents. Quelques malades, cependant, éprouvent une gêne du cou, une espèce de torticolis. Tous ces symptômes constituent une première manifestation d'accidents secondaires, rarement précédés ou accompagnés de mouvements fébriles. Mais bien que jusque-là il n'y ait eu aucun autre symptôme pathognomonique, aucune éruption caractéristique d'infection constitutionnelle, la chlorose syphilitique peut déjà être reconnue et convenablement traitée.

Du reste, cet état particulier du sang, qui persiste et s'aggrave alors que l'infection syphilitique donne lieu aux accidents secondaires ou tertiaires connus, qui peut continuer à différents degrés après leur disparition et sous l'influence des modifications survenues dans l'économie par le fait du traitement ou de toute autre cause, offre toujours un élément de la plus haute importance dans les indications à remplir sous le point de vue du traitement.

Après les considérations qui précèdent, c'est dans les maladies abirritatives qu'il faut ranger la syphilis constitutionnelle, quelle que soit la période à laquelle on ait affaire. Dans ses manifestations, dans les accidents qu'elle détermine, on trouve fréquemment le caractère inflamma-

toire; mais cette inflammation n'est que consécutive aux accidents locaux qui la produisent, ou avec lesquels elle se développe. Il se passe ici un fait tout à fait analogue à celui que M. Andral a signalé dans les cas de maladies organiques, cancer, tubercules, etc.

Il faut donc considérer comme une hérésie dangereuse la thérapeutique qui veut faire du traitement antiphlogistique une méthode générale. Que penserait-on, en effet, de la saignée, de la diète absolue, du *cura famis*, enfin, dans l'anémie? dans la chlorose?

Si quelques cas particuliers, quelques accidents réclament les antiphlogistiques, la base de la médication antisyphilitique doit toujours être tonique et réconfortante. C'est donc dans les aliments et les médicaments les plus propres à reconstituer le sang qu'il faut choisir.

Le mode de traitement que j'ai adopté consiste : dans la combinaison des ferrugineux et des mercuriaux, soit contre la chlorose, soit contre d'autres symptômes, s'il y en a, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indication.

En général, je donne la préférence aux pilules de Vallet, 6 à 18 par jour et en trois doses. Je prescris, en même temps, le protoiodure de mercure à la dose de 5 à 30 centigrammes, la tisane amère, faite avec une décoction de houblon ou de saponaire, bien préférable à la salsepareille.

Dans les accidents de transition des symptômes secondaires aux symptômes tertiaires, les mercuriaux combinés à l'iodure de fer, et mieux encore, à l'iodure de potassium, suffisent pour reconstituer le sang.

On obtient le même résultat avec l'iodure de fer ou de potassium seuls dans les cas d'accidents tertiaires.

Ph. Ricord.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA LOCALISATION ET DE LA SPÉCIFICITÉ DES OPHTHALMIES, POUR SERVIR AUX INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES QUE RÉCLAMENT CES AFFECTIONS.

Par le docteur S. Furnari.

A une époque qui n'est pas encore très-éloignée de nous, malgré les immortels travaux de Bichat sur la localisation des phlegmasies dans les différents tissus, un grand nombre de médecins continuaient à désigner sous le nom général d'*ophthalmies* presque toutes les lésions des parties externes et profondes de l'œil. Mais la propagation des ouvrages al-

lemands et anglais, les travaux de Scarpa, et l'impulsion donnée en France depuis quelques années aux recherches ophthalmologiques, tout en multipliant le nombre des maladies oculaires, en ont simplifié le diagnostic différentiel, les moyens prophylactiques et le traitement.

Toutefois la localisation des ophthalmies admise déjà généralement, et leur spécificité, qui donnait encore lieu à beaucoup de controverses, ont été le sujet d'une très-longue discussion à l'Académie royale de médecine. Ces questions intéressent vivement les praticiens, et comme, à notre avis, on ne les a pas suffisamment élucidées, elles méritent d'être reprises pour subir un examen plus calme et plus impartial. Nous saisissons avec d'autant plus d'intérêt l'occasion de revenir sur ce sujet, que nous avons été les premiers en France, il y a bientôt sept ans, à porter ce débat devant le contrôle de la presse (1), pendant que d'autres praticiens s'en occupaient dans leurs cliniques et dans leurs ouvrages.

Parlons d'abord de la localisation des ophthalmies. *Dans l'état actuel de la science, peut-on établir entre les différentes ophthalmies des distinctions fondées sur les éléments anatomiques de l'œil?* Il suffit d'examiner attentivement un certain nombre de lésions des parties externes de cet organe, pour qu'il ne reste pas le moindre doute sur la localisation des ophthalmies ; et nous avons été étonné qu'un académicien d'un grand mérite ait nié cette localisation, en se mettant en opposition avec ce qui est admis par tous les écrivains et les praticiens de l'époque. Les bornes de ce travail ne nous permettent pas d'exposer ici tous les arguments qu'on pourrait opposer à cet antagoniste; car ce serait passer en revue toute l'ophthalmologie; nous nous contentons d'énumérer un certain nombre de symptômes *objectifs* et *subjectifs*.

Prenons pour exemple la conjonctive et quelques-unes de ses phlegmasies. On sait que la conjonctivite palpébrale peut exister sans la conjonctivite oculaire, et que cette dernière peut se borner aux angles de l'œil, ou former un cercle autour de la cornée, sans que celle-ci soit affectée ; chacune de ces conjonctivites a une marche, une médication et une terminaison différentes. Certaines modifications organiques de la conjonctive, telles que l'engorgement partiel et l'épaississement pyramidal qu'on appelle *ptérygion*, suffiraient, à notre avis, pour prouver que non-seulement un tissu de l'œil peut être affecté sans qu'il y ait aucune lésion dans les membranes voisines, mais qu'une partie isolée du même tissu peut être lésée pendant longtemps, tandis que les autres parties conservent leur état normal. Ainsi, qu'un œil soit affecté d'un, de deux et

(1) *Journal des connaissances médicales pratiques*, septembre 1837 et janvier 1838.

même de quatre ptérygions à la fois, toujours est-il que l'espace conjonctival qui existe entre un ptérygion et un autre reste intact ; et que l'œil présente, dans ce dernier cas, une espèce de croix de Malte, dont les branches émaillées de blanc sont formées par la conjonctive scléroticale restée saine, et l'espace rougeâtre par l'engorgement triangulaire. Le plus grand nombre de vaisseaux dans le siége qu'occupe le ptérygion, et l'adhérence de la conjonctive, adhérence qui est plus prononcée du côté de la cornée que du côté de l'orbite, expliquent suffisamment la forme triangulaire de cette maladie ; le ptérygion simple n'outrepasse presque jamais l'union de la cornée avec la sclérotique.

Voici les principales objections qu'on a faites contre la localisation des ophthalmies. On partage, a-t-on dit, arbitrairement les symptômes entre les inflammations, de manière à distinguer, dans les livres, des espèces et des variétés qui ne seraient pas distinctes dans la nature ; c'est ce qui est arrivé pour presque toutes les ophthalmies, pour les conjonctivites purulentes, pour la kératite, et surtout pour les inflammations internes et profondes de l'œil dont on ne peut apprécier l'isolement et la circonscription, ni par les yeux (parce qu'on ne peut voir convenablement les tissus malades), ni par les symptômes (parce qu'ils développent à tout instant des irritations de voisinage dans les divers tissus de l'œil, et même dans les parties voisines). Ce que nous avons dit pour les conjonctivites prouve suffisamment que leur division n'est pas arbitraire, car elle existe précisément dans la nature, à cause des dispositions anatomiques de la conjonctive.

Quant à la conjonctivite purulente, elle peut en effet, en quarante-huit heures, envahir et même désorganiser tous les tissus de l'œil ; mais au début elle n'est qu'une simple conjonctivite catarrhale ; et si l'on arrive à temps, dans les premières vingt-quatre heures, à juguler le mal par les antiphlogistiques et par les frictions mercurielles, les parties profondes de l'œil sont épargnées, et la cornée elle-même ne présente ni vascularisation ni ramollissement. C'est une erreur de prétendre qu'on ne puisse pas apprécier l'isolement et la circonscription des lésions profondes de l'organe, ni *par les yeux*, ni par les symptômes ; car dans l'iritis, par exemple, les changements de coloration et de forme de l'iris, le poli de sa face antérieure, l'exhalation plastique à sa surface, la formation de fausses membranes, etc., sont des symptômes toujours constants ; et lorsqu'on a vu un grand nombre d'iritis, il est facile de déterminer l'intensité et la période du mal à la simple inspection de l'œil. Ainsi les colorations varient suivant la couleur naturelle de l'iris de chaque individu. La couleur pathologique des iris bleus ou très-clairs est verdâtre ou jaunâtre ; celle des iris d'un bleu prononcé est d'un vert brillant ; les

iris bruns revêtent une teinte rougeâtre ou briquetée, ceux qui sont gris deviennent pâles et ternes, etc., etc.

Les changements de forme de la pupille augmentent d'après l'intensité de la maladie, depuis la simple irrégularité jusqu'aux déformations les plus bizarres et les plus variées. Quant aux caractères de l'iritis, quel est le praticien le moins versé dans l'étude de l'ophthalmologie qui confondrait les symptômes de l'iritis avec ceux de la conjonctivite et de la kératite? Y a-t-il la moindre analogie entre les douleurs de la conjonctivite, même la plus intense, et les douleurs nocturnes et circumorbitaires de l'iritis? entre les symptômes locaux de la conjonctivite et la fièvre violente, les insomnies et la réaction très-vive de l'iritis et de la choroïdite? Le traitement prompt et énergique que réclament ces deux affections est-il en rapport avec les simples moyens qu'on emploie pour combattre la conjonctivite?

Le point de départ de presque toutes les maladies de l'œil étant dans la conjonctive, quelques-uns des symptômes de la conjonctivite précèdent ou accompagnent l'iritis, la choroïdite, la rétinite, etc.; mais chacune de ces dernières affections a une série de symptômes à part qui diffèrent essentiellement entre eux; et si la conjonctive est affectée en même temps, au lieu de présenter le caractère franc d'une conjonctivite ordinaire, on remarque des particularités dans la coloration, dans la disposition, et dans la varicosité des vaisseaux, etc. Ainsi, dans l'iritis, la conjonctive forme un anneau sclérotical, qui tantôt s'avance sur la cornée, et le plus souvent s'arrête à l'union de cette membrane avec la sclérotique; dans la choroïdite, au contraire, elle est légèrement œdémateuse et offre une teinte vineuse ou garance, etc., etc.

Quant à la photophobie, c'est pour nous un symptôme purement nerveux qui n'a pas de siége spécial, qui n'appartient en propre à aucune des maladies de l'œil, et qui peut manquer ou exister dans la conjonctivite la plus simple comme dans la rétinite la plus intense; c'est enfin un symptôme spécial qui se manifeste dans les lésions de l'organe de la vue, comme le délire dans la plupart des maladies du cerveau.

Ce que nous venons de dire sur la localisation des ophthalmies prouve suffisamment que les divisions établies par les auteurs ne sont pas arbitraires; car elles existent dans la nature, à cause des dispositions anatomiques d'un organe composé d'éléments multiples, hétérogènes et spéciaux; enfin, parce que chacune des maladies oculaires diffère dans la marche, dans les symptômes et dans le traitement.

Passons maintenant à l'examen de la doctrine de la spécificité. *Y a-t-il des ophthalmies spécifiques?* C'est-à-dire, est-il vrai qu'indépendamment des tissus enflammés, les causes spéciales, l'état particu-

lier de l'organisme impriment aux différentes ophthalmies un caractère spéeial, un signe diagnostique différentiel ? Cette question est plus difficile à résoudre que la préeédente ; au lieu d'un antagoniste, nous trouvons ici une foule d'écrivains d'un grand mérite, de praticiens éclairés et de honne foi, qui nient ou admettent d'une manière absolue la spéeificité des ophthalmies.

Sans vouloir reprendre *ab ovo*, dans un article purement pratique, les idées émises sur la spéeificité des ophthalmies, quelques mots sur son historique sont néanmoins néeessaires pour faire eonnaître l'origine de cette doetrine et sa propagation en Franee. Loin d'imiter les honorables académieieus qui, dans eette diseussion, ont aeeordé la *faveur* d'un charitable silenee aux auteurs de eette doetrine, en déversant toutefois un blâme sévère sur les hommes spéciaux, nous tâeherons de rendre à chaeun la justiee qui lui est due.

L'idée primitive de la spécificité des ophthalmies appartient aux médeeins de tous les temps et de tous les pays ; ear on a toujours distingué des maladies de l'œil idiopathiques, phlegmoneuses, spéeifiques, ete. On avait également remarqué que chez les individus atteints d'une maladie virulente, spécifique ou constitutionnelle, les symptômes caraetéristiques de l'ophthalmie n'étaient pas aussi franes et aussi tranchés que dans les ophthalmies qui affeetaient les individus sains et bien portants ; il était faeile en outre de s'apereevoir que ees symptômes étaient très-opiniâtres, et que, malgré les traitements antiphlogistiques, l'ophthalmie ne eédait que lorsqu'on avait attaqué la eause spécifique ou la maladie eonstitutionnelle. Toutefois ces principes n'étaient traités que d'une manière générale par les pathologistes ; et e'est dans l'ouvrage de Trnka de Krzowitz (1), publié en 1783, qu'on trouve l'indication spéciale d'ophthalmies catarrhales, rhumatismales, ete. ; mais tout eela ne constituait pas une doctrine, et c'est Beer qui le premier a déerit, dans un cadre nosologiquo plus régulier, les signes anatomiques eonsidérés comme moyen diagnostique différentiel des ophthalmies. Les idées du professeur de Vienne ont eu de nombreux partisans dans toute l'Allemagne ; Samuel Cooper et Makenzie les out propagées en Angleterre, Quadri en Italie, et grâee à la traduction du Dietionnaire de chirurgie qui parut en Franee en 1826, elles ont été répandues parmi nous. Il faut eonvenir eependant, pour être juste, que M. Siehel, par son enseignement clinique, par sa thèse inaugurale et par ses savantes publications, a eoneouru à leur propagation en France. Exagérées par les uns, modifiées

(1) *Trnka de Krzowitz* (Venceslaus), *Historia ophthalmiæ omnis ævi observata medica continens*, 1783.

par les autres, les théories ophthalmologiques de l'école de Beer sont reniées aujourd'hui, même par quelques Allemands (1).

En France, ces doctrines n'ont pas été accueillies avec faveur ; rejetées par quelques-uns *à priori* comme des *rêveries germaniques*, examinées avec un peu de partialité par quelques autres, elles n'ont pas trouvé, parmi les chirurgiens français, un seul partisan qui les ait admises d'une manière absolue. Quelle est donc la valeur de ces doctrines? quels sont les préceptes qu'il faut admettre et les idées qu'on doit rejeter? Les déductions thérapeutiques de cette doctrine sont-elles utiles ou nuisibles à l'étude et au traitement des maladies des yeux? Nous allons répondre le plus brièvement possible à ces différentes questions.

« Entre les hommes, disions-nous dans une autre publication (2), « qui admettent les ophthalmies spécifiques sans restriction de nombre « et de forme, et ceux qui les rejettent complétement, il existe, nous « croyons, un milieu qui se rapproche bien plus de la vérité, c'est de « n'admettre comme *spécifiques* que les ophthalmies dont les caractères « sont non-seulement bien tranchés, mais encore toujours identiques; « ces caractères, nous les trouvons dans les affections syphilitiques, scro-« fuleuses, catarrhales et varioleuses de l'œil. » Ce sont ces mêmes idées que nous allons développer ici, en les appuyant sur des arguments tirés des principes généraux de la pathologie et de l'expérimentation pratique.

Ophthalmie syphilitique. — Pour donner le nom de *spécifique* à une ophthalmie quelconque, une chose est indispensable, c'est-à-dire qu'abstraction faite de toutes les autres parties de l'organisme, la maladie de l'œil doit servir à elle seule et comme premier symptôme à diagnostiquer une affection générale constitutionnelle, ou l'existence dans l'économie d'un virus ou d'un principe morbifique particulier; les ophthalmies syphilitiques se trouvent dans cette catégorie; citons seulement l'iritis. Un praticien très-versé dans l'étude ophthalmoscopique, en examinant la coloration de l'iris, la nature des fausses membranes qui se forment dans le champ de la pupille, etc., ne confondra jamais une iritis simple avec une iritis syphilitique. La couleur rouge orangé de l'iris et quelquefois la teinte cuivrée pareille aux syphilides du derme, sont des signes diagnostiques différentiels qui suffiraient à eux seuls pour faire reconnaître une affection syphilitique. On pourrait citer également les petites nodosités qui se forment sur l'iris, et qui, vues au microscope,

(1) *Gazette médicale*, juin 1844.

(2) *Journal des connaissances médicales pratiques*, 1839. — *Traité pratique des maladies des yeux*, Paris, 1841.

ont été comparées par Beer à de véritables condylômes. La conjonctive oculo-palpébrale est injectée de vaisseaux excessivement fins au travers desquels on aperçoit la sclérotique, d'une couleur *rose vineux*. La cornée est encadrée dans une couronne de petits vaisseaux droits qui disparaissent à mesure qu'ils se dirigent vers la périphérie du bulbe. Ajoutons à cela les douleurs ostéocopes, la marche insidieuse de cette espèce d'iritis, la terminaison presque toujours funeste, et l'opiniâtreté de la maladie qui, malgré l'emploi des antiphlogistiques, ne cède que sous l'usage des mercuriaux, qui, dans ce cas, ont le double avantage d'agir contre la cause spécifique, et de détruire la plasticité du sang. Nous pourrions citer des cas dans lesquels on n'avait pas même le moindre soupçon de l'existence du germe syphilitique, lorsque l'iritis en a révélé la présence.

Ophthalmie scrofuleuse. — Que l'on considère la maladie scrofuleuse comme une exubérance ou comme une altération du système lymphatique, toujours est-il que cette affection présente des caractères particuliers sur la peau, sur les os, sur le système glandulaire, etc.; pourquoi donc contesterait-on pour l'œil la valeur symptomatique de la forme, de la coloration, de l'altération des tissus et de la sécrétion, ce qu'on admet dans les autres parties affectées de scrofule? Cachez hermétiquement le corps d'un individu affecté d'une ophthalmie scrofuleuse, vous trouverez, en examinant même les parties annexes de l'œil, quelques caractères *sui generis* qu'on n'observe pas dans une ophthalmie simple. La peau des paupières est souvent flasque, boursouflée et sillonnée par des vaisseaux en forme de cordon d'un bleu rougeâtre; la sécrétion oculaire est coagulable, âcre et quelquefois corrosive au point d'excorier les bords ciliaires et même la joue; cette humeur sort par nappes, sous forme de jets. La rougeur de la conjonctive, au lieu d'être uniforme ou générale, se manifeste par de petits paquets de vaisseaux que les auteurs croient appartenir plutôt au système veineux; ces vaisseaux, dans la conjonctivite scrofuleuse, se terminent par une petite pustule ou une phlyctène blanchâtre que M. Jüngken dit ressembler à un ulcère scrofuleux qui affecterait une autre partie du corps. Lorsque la maladie s'étend sur la cornée, celle-ci prend un aspect terne, s'ulcère et se ramollit. Nous considérons la teinte terne grisâtre de la cornée comme un signe caractéristique de la kératite scrofuleuse; en effet, dans les kératites simples et non spécifiques, la cornée conserve souvent sa pellucidité dans les petites surfaces qui ne sont pas couvertes de taies et d'ulcérations. Enfin, dans la kératite scrofuleuse, les staphylômes et les hypercératoses sont plus fréquents. Dans le cas de ramollissement de la cornée, un signe diagnostique différentiel, remarqué par M. Carron

du Villards, consiste dans le changement de forme de la partie antérieure de l'œil, qui devient conique, et qui prend une forme analogue à celle des oiseaux du genre strix. Nous avons en plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de cette assertion. Quant à l'iritis scrofuleuse, elle est presque toujours consécutive aux maladies strumeuses de la conjonctive et de la cornée; néanmoins, Beer, Monteath et Lawrence rapportent des cas d'iritis scrofuleuse primitive. Dans les cas très-nombreux d'ophthalmie scrofuleuse que nous avons observés en Afrique, surtout parmi les juifs, nous avons remarqué que l'iritis était toujours consécutive ou coïncidente avec les maladies des membranes externes de l'œil. Dans cette espèce d'iritis, nous avons constaté un épanchement sanguin dans la chambre antérieure; ce symptôme, indiqué déjà avant nous par MM. d'Ammon et F. Cunier, serait un signe diagnostique différentiel de l'iritis que ces praticiens désignent sous le nom de *scrophuloso-psorica*.

Tels sont les principaux signes diagnostiques différentiels de l'affection scrofuleuse de l'œil; ajoutons à cela la marche incertaine de la maladie, la longue durée, la fréquence des récidives, la terminaison par des taies très-étendues sur la cornée et les ulcérations rebelles du bord des paupières. Nous ne parlons pas de la photophobie qui, pour quelques auteurs, joue un grand rôle dans les conjonctivites et les kératites strumeuses; pour nous, l'aversion pour la lumière n'est pas un signe diagnostique différentiel; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elle existe dans les affections idiopathiques comme dans les spécifiques, dans les ophthalmies simples comme dans les lésions les plus profondes et les plus compliquées de l'organe de la vue.

Ophthalmies catarrhales. — Si l'on voulait admettre d'une manière absolue la spécificité de l'ophthalmie catarrhale, en s'en rapportant exclusivement au genre de vascularisation de la conjonctive, on tomberait dans l'exagération dont parlent les antagonistes de cette doctrine. En effet, l'injection à vaisseaux d'abord parallèles, puis réticulés, donnée par quelques ophthalmologistes anglais et allemands comme un signe diagnostique différentiel des ophthalmies catarrhales, n'est pas admissible; car cette injection parallèle se rencontre également dans les ophthalmies qui ne sont pas de nature catarrhale, et, ainsi que l'a fait observer très-judicieusement un ophthalmologiste moderne, l'injection est toujours parallèle quelle que soit la nature de la conjonctivite, tant que le mal est léger, parce qu'alors il n'y a que les troncs principaux d'apparents; les vaisseaux deviennent tortueux, puis ils développent des embranchements latéraux pour former des réseaux, si le mal dure longtemps et qu'il acquière de l'intensité.

Mais n'y a-t-il pas d'autres caractères particuliers pour faire admettre la spécificité de l'ophthalmie catarrhale? la coïncidence du catarrhe de l'œil avec l'inflammation de la membrane pituitaire, le gonflement mollasse de la muqueuse oculaire, l'écoulement mucoso-sébacé ou chassieux des paupières et le collement nocturne de ces voiles mobiles; la dégénérescence du système granuleux de l'œil, et la recrudescence presque constante, lorsque le temps est humide, et pendant les brusques variations atmosphériques, ne seraient-ils pas des caractères suffisants pour faire croire que l'ophthalmie catarrhale est une affection spécifique? Quant à l'ophthalmie catarrhale purulente, elle est essentiellement spécifique, à cause du principe particulier morbifique qui la produit, et de sa contagion. On pourrait en dire autant de l'ophthalmie *varioloïque*, à cause de sa nature contagieuse et des symptômes caractéristiques, qui consistent dans la formation de pustules varioleuses sur la conjonctive oculo-palpébrale. Ces pustules sont identiques à celles qui existent sur la peau, et lorsque dans l'éruption confluente elles affectent la cornée, cette membrane est toujours perforée, si on n'emploie pas dès le début la méthode ectrotique.

Ce sujet exigerait de plus grands développements, dans lesquels nous regrettons de ne pas pouvoir entrer dans un article de journal; nous croyons cependant en avoir dit suffisamment pour prouver que la spécificité de l'ophthalmie syphilitique, scrofuleuse, catarrhale et varioleuse est admissible.

Pour ce qui regarde les ophthalmies *rhumatismales* et *arthritiques*, il y aurait beaucoup à dire pour et contre leur spécificité; et, comme elle ne nous paraît pas suffisamment démontrée, nous préférons rejeter ces deux espèces du cadre des ophthalmies spécifiques. Lorsque des hommes comme Lawrence, Mackenzie, Jaegre, Weller, etc., ont donné des descriptions détaillées sur la spécificité de l'ophthalmie rhumatismale, il était juste d'examiner attentivement et de bonne foi les assertions émises par ces savants ophthalmologistes; c'est ce que nous avons fait à l'époque de notre mission en Afrique. Les observations que nous avons recueillies sur les ophthalmies rhumatismales rencontrées chez quelques juifs de Constantine et parmi les colons de Bone qui travaillaient habituellement aux environs d'une rivière appelée la Sybouse, nous ont fait concevoir des doutes sur la spécificité de l'ophthalmie rhumatismale. « A la vérité, l'œil étant formé d'un tissu scléreux entouré d'aponévroses préorbitales, il doit se produire dans ces parties une inflammation analogue à celle que l'on rencontre dans les tissus fibreux des articulations et dans les gaînes tendineuses; mais vouloir admettre dans l'ophthalmie rhumatismale une nature spécifique, lui refuser un

caractère purement inflammatoire, attribuer à la spécificité la forme et l'injection des vaisseaux, ce qui n'est à notre avis qu'une simple disposition anatomique, cela nous paraît contraire aux préceptes d'une bonne pathologie et à l'observation pratique (1). »

Nos lecteurs ont pu s'apercevoir qu'en admettant la spécificité des ophthalmies syphilitiques, catarrhales, scrofuleuses et varioleuses, nous avons passé sous silence les nombreux signes diagnostiques indiqués par les auteurs allemands, tels que les différentes espèces de déformation de la pupille, etc.; nous nous sommes bornés à énumérer les caractères les plus sûrs, les signes toujours identiques qu'un observateur attentif et impartial sera toujours forcé de reconnaître. Si Beer et surtout ses élèves se fussent contentés d'admettre un certain nombre d'ophthalmies spécifiques, ils auraient trouvé beaucoup de partisans; mais lorsqu'on a vu la doctrine de la spécificité appliquée aux ophthalmies *cachectiques*, *menstruelles*, *érysipélateuses*, *scorbutiques*, *morbilleuses*, *veineuses*, *abdominales*, etc., on a crié avec raison à l'exagération.

Disons maintenant quelques mots sur l'induction thérapeutique des idées émises par l'école allemande. Les systèmes qui ont paru en médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ont eu presque tous un côté avantageux et un côté funeste dans leurs applications thérapeutiques; mais les doctrines de Beer, même exagérées par ses élèves, n'ont pas eu de résultats fâcheux pour la pratique; nous dirons même plus, depuis la propagation des idées de cette école, l'ophthalmologie est devenue une science; elle est rentrée dans le domaine de la pathologie générale, et son étude a fixé plus particulièrement l'attention des praticiens. Aujourd'hui, les causes des maladies oculaires sont mieux précisées, le diagnostic est plus sûr, et le traitement plus simple et plus rationnel. Nous ne prétendons pas attribuer exclusivement cet heureux résultat à l'école allemande; les travaux mémorables de l'Académie royale de chirurgie, qui jetèrent une si grande lumière sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil; les ouvrages des Anglais, les nombreuses publications qui ont paru en France depuis une quinzaine d'années, y ont puissamment contribué. Mais vouloir soutenir que des classifications ophthalmologiques d'après le *système naturel*, et fondées sur des signes physiques, sont nuisibles au progrès de la science, c'est une grande exagération; car alors il faudrait infliger ce même blâme aux nombreuses classifications des botanistes et des naturalistes, et aux savantes nosologies de Sauvages et de Pinel.

(1) *Rapport officiel sur les causes, la nature et le traitement des maladies des yeux en Afrique*, présenté à MM. les ministres de la guerre et de l'instruction publique.

« Pour la thérapeutique comme pour tout le reste, disent les honorables praticiens qui attaquent l'école de Beer, la science n'a rien gagné aux travaux des modernes ophthalmologistes, car on n'est pas plus d'accord sur le traitement que sur le siége des signes caractéristiques différentiels. » Quoi! Parce qu'on n'est pas d'accord sur les détails d'une doctrine, s'ensuit-il qu'elle est mauvaise? Quelle est la question médicale sur laquelle tout le monde soit d'accord? De ce qu'on a caractérisé les ophthalmies spécifiques et constitutionnelles par la seule inspection de l'œil, et qu'on a admis un tissu de prédilection pour chaque espèce d'ophthalmie, l'étude des maladies des yeux n'a rien gagné aux travaux de l'école allemande? Sans doute, Beer a beaucoup trop généralisé ses doctrines; quelques-uns de ses élèves ont donné beaucoup d'importance à des *minuties*, à des détails qu'on a même qualifiés d'absurdes; mais soyons de bonne foi: si, à l'aide de certains signes (dont on peut si l'on veut rejeter la moitié), on a été porté dans une foule d'ophthalmies à ne plus voir une simple phlegmasie, mais l'état particulier d'une affection générale; on a mieux précisé les causes et le diagnostic, et l'on est arrivé nécessairement à un traitement plus direct et plus rationnel.

Les praticiens d'autrefois employaient une foule de collyres et de pommades contre certaines ophthalmies; on faisait peu de cas de l'état général de l'organisme, et la maladie oculaire, devenue chronique, laissait des altérations plus ou moins graves dans l'organe de la vue: aujourd'hui, au contraire, les praticiens éclairés, faisant abstraction de la maladie de l'œil, portent leurs investigations sur la constitution de l'individu, prescrivent un traitement général, et, dans la plupart des cas, ce n'est que dans la seconde période de la maladie qu'on emploie les médications topiques. Quelle est, en effet, l'ophthalmie syphilitique bien caractérisée qui disparaîtrait sans une médication mercurielle? L'ophthalmie strumeuse, qu'on a rejetée du cadre des ophthalmies spécifiques, la guérit-on sans un traitement ioduré? On a beau ne voir dans cette affection qu'une simple phlegmasie, et appliquer jusqu'à *quatre-vingts* sangsues dans le voisinage de l'œil, ainsi que nous l'avons vu faire par quelques praticiens, la maladie reste toujours opiniâtre; et il doit en être ainsi, car où est-elle a phlegmasie intense dans la première période de l'ophthalmie scrofuleuse? C'est à peine si l'on voit un petit paquet de vaisseaux de la conjonctive ayant à leur extrémité une petite papule.

Ainsi donc, l'école de Beer n'aurait-elle eu d'autre mérite que de contribuer à fixer l'attention des praticiens sur l'état constitutionnel des malades, et faire justice des collyres et des pommades *merveilleuses* inventés par les anciens, qu'elle aurait rendu un important service à la science en général et à l'ophthalmologie en particulier.

La discussion sur la localisation des ophthalmies et sur leur spécificité s'est terminée à l'Académie par une *sortie* contre les spécialités. C'est une opposition devenue à la mode ; et il y a même deux chirurgiens très-haut placés d'ailleurs, qui ne manquent jamais, toutes les fois que l'occasion s'en présente, d'infliger un blâme sévère aux personnes qui exercent une seule branche de l'art de guérir. C'est surtout l'ophthalmologie qui leur en fournit le sujet ; nous pourrions donner les raisons de cette préférence, mais nous voulons nous abstenir de toute espèce de personnalité.

L'utilité qui résulte pour les malades de l'exercice pratique d'une seule branche de la chirurgie est un fait incontestahle ; le public, qui a plus de bon sens que tout le monde, et que les grands chirurgiens encyclopédistes ensemble, en a jugé ainsi. Cela tient peut-être à la bonne ou mauvaise tendance de l'esprit de notre époque ; toute discussion à cet égard est donc inutile ; car la spécialité chirurgicale doit être énumérée désormais dans les *faits accomplis*. Les antagonistes des spécialités ne le savent que trop bien, et nous ne comprenons pas comment des hommes si haut placés dans la hiérarchie médicale peuvent revenir sans cesse sur le même sujet au risque de se faire accuser de partialité ; car le public (nous parlons ici du public médical) commence à entrevoir dans ces discussions, non plus un intérêt de science, mais une affaire de jalousie et de boutique. Flétrissez l'industrialisme dans la spécialité, vous en avez le droit, mais en ne l'épargnant pas davantage chez les encyclopédistes ; blâmez des hommes qui se livrent à une spécialité à peine sortis des bancs de l'école, c'est encore très-juste ; mais ne déversez pas le même blâme sur des praticiens honorables qui, dans le cours de leur carrière, après avoir étudié avce un zèle égal les différentes parties de la science, se livrent, soit par goût ou même par intérêt, à une seule branche de la chirurgie, sans toutefois perdre de vue les connaissances générales acquises dans des études régulières et complètes.

Le *morcellement* de la chirurgie, dites-vous, aura des résultats fâcheux pour la science et pour l'art. Quoi ! de ce que dans les grandes villes quelques praticiens se livrent à l'exercice d'une seule branche de chirurgie, la science serait compromise ? Et l'art, c'est-à-dire l'exécution pratique des principes théoriques, la manœuvre, en un mot, serait mal pratiquée par un homme qui aurait l'habitude journalière d'observer les mêmes faits et d'exécuter les mêmes opérations ? Cela n'est ni possible ni logique ; laissez-nous croire que vous ne le pensez pas. En tout cas, rassurez-vous, la spécialité admise avec les garanties et les conditions sus-indiquées et pratiquée avec des formes honorables,

ne sera jamais une plaie ni pour l'art ni pour la science. Les médecins encyclopédistes seront toujours en grande majorité; et l'on aura dans toutes les époques un assez grand nombre de ces esprits généralisateurs qui profiteront des recherches de détail et de morcellement pour leurs travaux d'ensemble. Ainsi donc, malgré les craintes exagérées des encyclopédistes, la science médicale, considérée sous son point de vue théorique, sera toujours *une et indivisible.*

FURNARI.

NOUVELLE MANIÈRE DE PANSER LES MALADES APRÈS L'OPÉRATION DU PHIMOSIS.

L'opération du phimosis, une des plus simples de la chirurgie, offre pourtant encore assez d'embarras ou d'inconvénients pour que des procédés nouveaux soient proposés journellement pour la pratiquer. M. Velpeau, qui préfère depuis longues années l'incision simple de la région inférieure du prépuce, met en usage un genre de pansement tout différent de celui qu'emploient les autres chirurgiens.

Il est effectivement établi en loi, dans la pratique, qu'après l'opération du phimosis, il faut tenir le prépuce soigneusement retiré derrière le gland, afin d'empêcher les lèvres de la plaie de se remettre en contact, de pouvoir se recoller. Or, ce pansement, qui exige ou une croix de Malte perforée, ou quelqu'autre pièce de linge convenablement disposée, et un bandage ordinaire assez difficile à maintenir, est complétement inutile. Voici ce qui arrive quand, après l'opération, on abandonne les parties à elles-mêmes, quand on laisse le prépuce fendu libre au-devant du gland. Le prépuce est principalement composé de deux couches, la couche tégumentaire extérieure ou cutanée, et la couche tégumentaire interne ou muqueuse. Ces deux couches sont tellement mobiles et souples, que leurs bords ne manquent pas de se rouler sur eux-mêmes aussitôt qu'ils sont divisés. C'est la peau principalement qui s'enroule ainsi sur la plaie; il s'ensuit que les bords de la division n'ont aucune tendance à se recoller, car ils ne sont pas en contact comme on se l'était imaginé, puisque la peau vient s'y interposer d'elle-même.

Cette simple remarque indique tout de suite la marche à suivre après l'opération du phimosis. C'est qu'on peut laisser le prépuce au-devant du gland. Les parties ainsi abandonnées à elles-mêmes n'apportant aucun tiraillement, n'exigent, à la rigueur, aucune sorte de pansement. La peau tend à se rapprocher naturellement de la membrane muqueuse, et la plaie ne tarde pas à se cicatriser. Cependant, il est bon de tenir

sur elle un peu de charpie enduite d'un corps gras, et d'envelopper le tout d'une compresse et de quelques tours de bande. Il y a maintenant six à huit ans que M. Velpeau emploie cette manière de faire, et il n'a eu jusqu'à présent qu'à s'en louer. Il avoue, toutefois, que l'ancienne méthode doit être préférée dans certains cas; il a même eu recours quelquefois à la suture des bords de la division, pour obtenir une réunion immédiate de la plaie; dans quelques-uns aussi, au lieu de la fente du prépuce, il a mis en usage la circoncision ou l'excision de cette sorte de fourreau.

Un jeune homme, couché au n° 49 de la salle Sainte-Vierge, et qui était entré pour se faire traiter d'un strabisme divergent, voulut, quand on lui eut redressé l'œil, se faire opérer aussi d'un phimosis congénital.

Le prépuce, d'abord légèrement retiré en arrière, de manière à mettre de niveau sur sa circonférence antérieure et les téguments et la membrane muqueuse, est tenu dans cette position par un aide. Le chirurgien glisse à l'intérieur et jusqu'au fond de sa cavité une sonde cannelée sans cul-de-sac sur le côté du frein, et sous l'urètre par conséquent; un bistouri droit est aussitôt conduit sur la sonde, et divise le prépuce de dedans en dehors, et d'arrière en avant; d'un coup de ciseaux M. Velpeau divise le frein qui se prolongeait presque jusqu'au méat. Le prépuce fendu peut être alors retiré en arrière, et permet de voir le gland dans toute son étendue. Après l'avoir nettoyé, on laisse retomber le prépuce dans sa position normale. Un petit gâteau de charpie est placé entre les lèvres de la plaie, qu'on recouvre d'une compresse; le tout est ensuite maintenu au moyen d'une petite bande, et on a soin de fixer une tente au milieu du prépuce, afin qu'en ôtant ce corps étranger, le malade puisse uriner sans déranger l'appareil. Dès le lendemain, cette espèce de pansement devint inutile; les couches du prépuce enroulées, ne laissent qu'une plaie perdue dans leurs replis, qui se cicatrise ensuite sans autre pansement dans l'espace de huit jours; seulement, le malade a eu soin de graisser avec du cérat la solution de continuité deux ou trois fois le jour, et de se tenir proprement.

Au n° 12 de la même salle s'est trouvé, quelque temps après, un autre jeune homme entré pour se faire traiter d'une gonorrhée, et qui était en même temps affecté d'un phimosis complet. Il fut opéré exactement comme nous venons de l'indiquer, et le résultat de l'opération fut également le même. Nous pourrions rapporter, à cet égard, un plus grand nombre de faits. Ce que nous devons remarquer, c'est que s'il existait un gonflement, une inflammation très-vive, ce procédé serait peut-être moins convenable que l'un des procédés généralement employés. Ce que M. Velpeau tient à établir, c'est qu'après

là fente du prépuee, il n'est pas indispensable de tenir cette enveloppe renversée en arrière pour empêcher le recollement de la plaie, comme tous les auteurs l'enseignent.

MALADIES DE LA PEAU.

MÉTHODE PRATIQUE DE DIAGNOSTIC DES MALADIES CUTANÉES, POUR CONDUIRE A LA THÉRAPEUTIQUE DE CES MALADIES.

Par M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

S'il cst vrai que l'étude des affections cutanées soit aujourd'hui plus généralement répandue qu'autrefois, le diagnostic et le traitement de ces maladies sont encore d'une grande difficulté pour les praticiens. La méthode de Plenek, modifiée par Willan, cst généralement adoptée aujourd'hui. Si elle conduit à un diagnostie exaet, elle veut cependant de la part du médecin qui se dirige d'après elle une certaine habitude de voir des affections dartreuses. Cela tient à ce que Willan a pris pour base de sa classification les formes élémentaires des dermatoses, et que ces formes sont le plus souvent modifiées dans les six ou huit premiers jours de la maladie, en sorte que le médecin les appelle en vain à son aide. La méthode d'Alibert est plus compliquée encore ; elle est d'ailleurs moins rigoureuse.

J'ai cherché à grouper les maladies cutanées non-seulement de manière à faciliter leur diagnostic, en prenant pour base leurs caractères les plus saillants, et surtout ceux qu'elles conservent le plus longtemps; mais encore de telle sorte que les bases du diagnostie conduisent à des indications thérapeutiques. J'ai dressé, de ces groupes, un tableau que je reproduis ici dans le but d'être utile aux praticiens qui ne peuvent pas observer les dermatoses sur un grand théâtre. Je n'ai d'autres prétentions, en livrant à la publicité ces sortes de jalons. Je suis d'ailleurs convaincu qu'en rattachant les apparences morbides à un groupe donné, l'erreur, s'il s'en commettait, ne pourrait jamais être préjudiciable aux malades, attendu que les deux grandes divisions de ce tableau conduisent à l'emploi de moyens curatifs, si ce n'est uniformes, au moins assez semblables. Je les développerai dans un prochain article. Je me bornerai, quant à présent, à bien faire connaître comment on peut se servir de ce que je n'appelle pas une classification, mais bien une méthode de diagnostie.

J'attacherai d'autant plus de prix au succès de ce travail, que tous

les jours nos confrères nous adressent des malades qu'ils disent affectés de dartres, sans en pouvoir préciser l'espèce, et que, ce mot entraînant presque toujours avec lui l'idée de l'usage des préparations sulfureuses et des dépuratifs, ils ont été conduits à exaspérer le mal au lieu de le guérir (1).

Tableau pour servir au diagnostic des maladies cutanées (1).

MALADIES SÉCRÉTANTES.	MALADIES NON SÉCRÉTANTES.
Sérosité.	*Rougeur fugace.*
Eczema.	Erythème.
Pityriasis rubra aigu.	Urticaire.
Eczema lichénoïde.	Roséole.
Gale.	Couperose érythémateuse.
Herpès phlycténoïde.	*Rougeur persistante.*
Pemphigus.	Purpura.
Sérosité purulente.	Scorbut.
Eczema impetiginodes.	*Rougeur avec état papuleux de la peau.*
Sérosité purulente et sanieuse.	Lichen.
Rupia.	Strophulus.
Ecthyma cachecticum.	*Rougeur circonscrite avec furfures et état chagriné de la peau.*
Pus.	Herpès circinné.
Impetigo.	Herpès nummulaire.
Acné.	*Rougeur diffuse avec état furfuracé de la peau.*
Gale.	Pityriasis rubra.
Ecthyma.	*Rougeur avec épaississement de la peau et avec squames.*
Sycosis.	Psoriasis.
Matière grasse.	Lepra vulgaris.
Acné sebacea.	*Squames sans rougeur.*
Acné punctata.	Icthyose.
	Papules sans rougeur.
	Lichen chronique.
	Prurigo.
	Productions végétales.
	Productions animales.

Je distingue d'abord les maladies cutanées en deux grandes catégories : 1° celles qui sécrètent une humeur quelconque ; 2° celles qui ne fournissent aucune sécrétion humorale.

(1) 1° Il est bien entendu que ce tableau ne comporte pas les syphilides qui ont leur forme ou leurs caractères particuliers.

2° Si à chacune des maladies énumérées dans ce tableau on veut annexer les caractères distinctifs que nous avons exposés dans cet article, on aura un ensemble complet dont toutes les particularités seront faciles à saisir.

Les maladies sécrétantes sont divisées en autant de groupes qu'il y a de natures de sécrétion. 1er, sérosité ; 2e, sérosité purulente ; 3e, sérosité purulente et sanieuse ; 4e, pus ; 5e, humeur sébacée.

A. Dans les maladies qui sécrètent de la sérosité se trouvent six affections : l'*eczema*.— La sérosité s'écoule d'une surface rouge par des myriades de pertuis ou espèce de crible, sous forme de petites gouttelettes ou de pluie.

Le ***pityriasis rubra*** aigu.— La même rougeur existe, mais la sérosité s'écoule comme une sorte de sueur, sans état ponctué de la peau.

L'*eczema lichénoïde*. — De la sérosité s'échappe d'une plaque arrondie, parsemée d'une foule de papules qui en hérisse la surface. C'est entre les papules qu'elle est exhalée.

La *gale*. — La sérosité est contenue dans une petite ***vésicule*** isolée.

L'***herpès phlycténoïde***. — Elle est enfermée dans une série de ***bulles*** distinctes, ou se touchant quelquefois par une partie de leur circonférence.

Le ***pemphigus***. — La sérosité est contenue dans des bulles ou phlyctènes tellement larges qu'elles ressemblent aux ampoules d'une brûlure.

B. Une seule maladie sécrète à la fois de la sérosité et du pus, c'est l'***eczema impetiginodes***. Le produit de la sécrétion est une croûte plus ou moins étendue en surface, dont la teinte, mêlée de jaune et de gris, indique assez que ce n'est pas là du pus *franc* et *pur*.

C. Plus loin, nous trouvons les affections cutanées qui donnent à la fois du ***pus*** et de la ***sanie***. Ce sont le *rupia* et l'*Ecthyma cachecticum*. Dans le rupia, il en résulte une croûte de mauvais aspect formée ***de pus***, ***d'ichor*** et ***de sang*** qui n'a jamais rien de bien régulier dans sa forme. Dans l'ecthyma cachecticum, même genre de croûte ; mais elle repose sur une base enflammée, et elle a la forme arrondie de la pustule qui lui a donné naissance.

D. Arrivent les affections qui ne secrètent que du pus. A leur tête, se trouve pour ainsi dire comme type l'*impetigo*, qui se dessine par ses croûtes puruleutes superficielles d'un jaune doré ressemblant à du ***miel concret***.

Plus loin l'*acné*, dont le pus existe toujours au sommet d'une pustule de forme pyramidale, et dont toutes les pustules sont toujours ***isolées***.

La ***gale pustuleuse***, où le pus occupe la presque totalité de la surface d'une pustule isolée et ***plate***.

L'***ecthyma***, où le pus occupe aussi la totalité de la surface d'une pus-

tule isolée plate et *large*, et qui présente, à son centre, un *point noir* qui se déprime de plus en plus pour former une pustule ombiliquée ainsi que cela a lieu dans la variole.

Le *sycosis*, dont les pustules affectent toute l'épaisseur de la peau, et qui ne siégent presque jamais qu'au menton ; de là son nom de *mentagre*.

D. Enfin, les maladies qui secrètent une matière grasse ; il n'en existe que deux : l'*acné punctata* ou tannes qu'on observe sur le nez, au devant de la poitrine et dans le dos, et qui se montrent à l'extérieur par de petits points noirs. Vient-on à presser la circonférence de ces points, on fait sortir une sorte de petit ver ou production graissense.

L'*acné sebacea* de Biett, où il se forme à la peau une matière jaune brunâtre sous forme de plaques, que l'on détache par simple frottement, et qui ressemblent à de la graisse salie et solidifiée.

Maladies non sécrétantes. — Ici c'est la rougeur qui les caractérise.

Et d'abord :

A.. *La rougeur est fugace*, c'est-à-dire disparaissant sous la *pression du doigt*. Ce groupe comprend les variétés d'*érythème*, l'*urticaire*, la *roséole* et la *couperose* érythémateuse. Celle-ci se distingue de suite par son siége. La roséole se caractérise par la généralité de ses rougeurs et les symptômes généraux précurseurs ou concomitants qui la précèdent et l'accompagnent ; l'*urticaire*, par l'apparition et la disparition successive de ses éruptions. Reste donc l'*érythème*, qui se trouve distingué par cette voie d'élimination.

B. *La rougeur est persistante*, elle ne disparaît pas par la pression du doigt. C'est le *purpura* ou le *scorbut*. Mais le peu d'étendue des taches du purpura, dans un grand nombre de cas, et sa couleur rouge vif le distingueront facilement des taches larges, arrondies et *violacées* du scorbut.

C. La *rougeur* ne siége que dans une série plus ou moins considérable de papules proéminentes à la surface de la peau : c'est alors le *lichen aigu* ou le *strophulus*, deux maladies presque identiques, la dernière appartenant seulement à l'enfant en bas âge.

D. La rougeur est *circonscrite*, avec état *chagriné* et *furfuracé* de la peau. C'est l'*herpès circinné* ou l'*herpès nummulaire*. Le premier, sous la forme d'un cercle ou d'un cerceau ; le second, sous celle de plaques.

E. La *rougeur* est diffuse avec état furfuracé de la peau ; elle dénote l'existence du *pityriasis rubra* chronique.

F. La rougeur est avec *épaississement* de la peau et avec *squames*.

Ce caractère comporte deux affections: le *psoriasis* et la *lepra vulgaris*. Dans le psoriasis, la maladie se montre par plaques généralement arrondies; dans la lepra vulgaris, elle est disposée sous forme de cercles *incomplets*.

G. Il n'existe pas de rougeur, mais la peau est recouverte de squames : c'est l'*icthyose*. Les squames sont uniformément disséminées à la surface des membres, de manière à leur former, pour ainsi dire, une enveloppe nouvelle qui a quelque analogie avec les écailles d'un poisson.

H. Enfin, il n'existe pas de *rougeur*, la peau est recouverte de papules saillantes disséminées çà et là. Deux affections se trouvent dans cette classe : c'est le *lichen chronique* et le *prurigo*. Dans le prurigo, chaque papule est ordinairement terminée par une petite croûte sanguine à son sommet; elle provient de l'excoriation produite par le grattage. Rien de cela ne s'observe dans le *lichen*, dont les papules sont intactes en presque totalité.

I. Les productions *végétales* et les productions *animales* qui peuvent se former à la surface de la peau complètent ce tableau. Dans les premières sont comprises les trois variétés de vraies teignes ou *favus* : le favus *lupinosa*, *scutulata*, et celui que je nomme *granulata*; on y trouve encore le *porrigo decalvans* et l'*herpès tonsurant*. Il faut une certaine habitude pour reconnaître ces affections. Quelques caractères isolés ne sauraient les peindre.

Quant aux productions animales, elles comprennent la *maladie pédiculaire* et celle qui engendre le *pulex*.

On voit qu'en analysant ainsi certains phénomènes morbides, on peut arriver à établir des catégories d'affections qui, si elles n'asseoient pas de suite et d'une manière tout à fait certaine le diagnostic des maladies cutanées, fournissent des données telles, qu'avec un peu d'attention et en recourant, dans le doute, au tableau des deux ou trois maladies comprises dans un même groupe, on arrive à un diagnostic tout à fait positif.

Mais cette méthode a un autre avantage, elle conduit à des inductions pratiques directes, et nous nous attacherons à les présenter dans un prochain article. Il y a en effet de grandes différences à établir dans le traitement des maladies sécrétantes et des maladies non sécrétantes. Cette seule division doit être, pour le praticien, la source d'indications thérapeutiques nombreuses, en raison de l'âge du sujet, de la force de la constitution, du tempérament, de l'état sain ou malade des organes internes, et de l'état aigu ou chronique de l'affection. C'est sous ce point de vue général que nous envisagerons les maladies cutanées,

et nous le ferons avec d'autant plus de soin, que la thérapeutique générale des maladies de la peau est d'un grand intérêt pour le praticien.

ALP. DEVERGIE.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

DES COARCTATIONS URÉTRALES.

Par M. CIVIALE, chirurgien chargé du service des calculeux à l'hôpital Necker.

Monsieur le rédacteur,

La chirurgie a fait de grands progrès depuis quelque temps, en ce qui concerne les maladies de l'appareil génito-urinaire. Il suffirait, pour s'en convaincre, de comparer la pratique actuelle avec celle que l'on faisait il y a seulement vingt-cinq années. Le parallèle entre les résultats obtenus mettrait hors de doute l'importance des acquisitions dont l'art s'est enrichi. Mais, d'un côté, la routine et l'esprit de rivalité qui cherchent à tout rabaisser, d'un autre côté, la manie d'innover, contribuent à mettre les esprits dans une déplorable incertitude. Il me paraît donc utile d'appeler de temps en temps l'attention sur des méthodes de traitement trop nouvelles pour être appréciées à leur juste valeur. Votre intéressant recueil étant surtout consacré à l'étude de la thérapeutique, j'espère que vos abonnés liront avec quelque intérêt une série de lettres que je me propose de vous adresser. Celle-ci traitera des coarctations urétrales.

J'ai indiqué, dans le premier volume de mon *Traité pratique*, les moyens à mettre en usage contre les rétrécissements organiques de l'urètre. L'expérience constate, depuis vingt ans, l'utilité de ces moyens simples, dont l'application, facile et peu douloureuse, est exempte des accidents qu'entraînent trop souvent d'autres méthodes de traitement. Des faits nombreux ont établi que la plupart des coarctations urétrales guérissent sous l'influence de la dilatation temporaire pratiquée au moyen des bougies de cire molle, introduites tous les jours ou tous les deux jours, et chaque fois laissées en place pendant cinq à dix minutes. La sensation pénible que déterminent les premières bougies diminue par degré, et la substitution d'une bougie plus grosse à celle dont on faisait d'abord usage ne produit pas de véritables douleurs. Un écoulement accompagne l'emploi de ces instruments, des premiers surtout;

mais presque toujours il est très-léger, et, vers la fin du traitement, il disparaît avec les dernières traces de l'état pathologique qui constituait le rétrécissement. Par ce mode de traitement, dont la durée varie de quinze jours à trois mois, terme moyen environ six semaines, le malade se trouve guéri sans accidents, sans avoir été exposé à aucune chance fâcheuse, et même sans discontinuer ses occupations. Des bains, des lavements, un régime doux, des boissons abondantes et l'usage d'un suspensoir, sont les auxiliaires habituels. L'émission de l'urine devient de plus en plus facile, et les indices de catarrhe vésical disparaissent après les dernières introductions. Le malaise et l'anxiété que la plupart des malades éprouvent sous l'influence des coarctations urétrales et des préoccupations du traitement disparaissent bientôt. Ce sont là, sans contredit, des résultats d'une haute portée.

Cependant, quelques praticiens, qui semblent avoir pris à tâche de ne pas voir, affectent de conserver des doutes, et conseillent une autre méthode générale de traitement. Je vais indiquer rapidement les circonstances sur lesquelles ils se fondent.

Il y a des cas opiniâtres qui exigent un long traitement. Il en est d'autres dans lesquels le manque de précautions et de soins ou d'habitude suffit pour paralyser l'action des bougies. Ces cas sont ceux qu'on allègue pour mettre en doute l'efficacité de ma méthode, et proclamer la nécessité de recourir à d'autres moyens. Cependant, ce n'est pas là précisément ce qu'ils témoignent, et en preuve je citerai le fait suivant, pris au hasard parmi beaucoup d'autres.

M. M..., adulte, d'une forte constitution, mais épuisé par des erreurs de jeunesse et de longues souffrances, vint réclamer mes soins vers la fin de 1843. J'appris qu'il avait depuis longues années un rétrécissement urétral négligé jusqu'en 1841, époque à laquelle des difficultés croissantes d'uriner le décidèrent à entreprendre un traitement. Il s'adressa à un homme versé dans cette spécialité de la chirurgie, qui lui conseilla les moyens qu'il a l'habitude d'employer contre les coarctations de l'urètre. On eut recours d'abord aux bougies dures, qu'on laissa plusieurs heures en place chaque jour, et ensuite aux sondes flexibles en permanence. Le malade supporta avec peine ce traitement; on fut même plus d'une fois obligé d'interrompre la dilatation. L'introduction, et surtout le séjour des bougies dures, fatiguèrent l'urètre et déterminèrent une série de réactions qui obligea de renoncer à ce moyen. La dilatation des points rétrécis fut obtenue à l'aide des sondes; mais celles-ci ne furent pas plutôt retirées, que les parois du canal revinrent sur elles-mêmes, en sorte que les difficultés d'uriner reparurent avec la même force. Avant le traitement, il y avait des indices de

catarrhe vésical. Cette phlegmasie ne fit que s'accroître, à tel point que, quand je vis le malade, des mucosités purulentes formaient à peu près le tiers de l'urine rendue. Pendant près de deux années qu'il demeura soumis au même traitement, et qu'il le suivit avec une persévérance digne d'un meilleur résultat, il n'obtint pas d'amélioration durable ; loin de là même, la santé générale se détériora par suite de fréquents accès de fièvre qui s'étaient manifestés ; l'inquiétude était extrême, et il me fut très-difficile de la calmer. Cependant le cas ne me paraissait pas désespéré. Le rétrécissement avait son siége au-dessous de l'arcade pubienne, endroit où il est presque toujours possible d'obtenir la dilatation, et de rétablir la souplesse des parois. Aussi, malgré la raideur et l'induration du point rétréci, et sans perdre de vue que j'avais affaire à un canal tourmenté, violenté par des traitements antérieurs, je n'hésitai pas à promettre la guérison du rétrécissement et du catarrhe, à la condition toutefois que le malade ne se découragerait pas. L'urètre pouvait recevoir une bougie n° 6 ; mais, dès que celle-ci avait séjourné cinq à dix minutes, elle était tellement serrée, qu'on éprouvait de la peine à la retirer ; la partie qui avait été en contact avec le point rétréci était mâchée, déformée, sans toutefois rapporter d'empreinte régulière, ce à quoi il faut rarement s'attendre lorsque le rétrécissement n'est point vierge. Pendant quinze jours la même bougie fut introduite, et je n'eus recours à une plus grosse que quand celles du premier numéro ne furent plus serrées par le point rétréci, et sortirent avec facilité. Je procédai de la même manière à l'égard des bougies plus grosses, qui furent employées successivement jusqu'au n° 12 (trois lignes et demie de diamètre). Vers la fin, le malade introduisait lui-même les bougies, et les laissait en place dix à quinze minutes. Une guérison radicale fut obtenue.

Pendant ce traitement, qui fut long, il survint cinq à six fois un léger mouvement réactionnaire, durant lequel on s'abstint de l'introduction des bougies. Chaque fois qu'on les reprenait, le malade était fort surpris qu'on n'eût rien perdu, ce qui avait constamment lieu dans les traitements antérieurs par la dilatation permanente ou seulement prolongée. Mais c'est là un résultat constant, que j'ai maintes fois signalé, et qui, cependant, malgré son importance, n'a point été apprécié par les chirurgiens. Je ne saurais trop le redire : quand on traite une coarctation urétrale par la méthode de la dilatation temporaire à l'aide des bougies molles, et assez ménagée pour ne pas exciter des réactions vives de la contractilité du point rétréci, la dilatation se soutient alors même qu'on cesse momentanément l'emploi des bougies ; tandis que la dilatation obtenue par les bougies dures introduites avec force,

ou par les sondes à demeure, ne persiste pas, de sorte que, au bout de quelques semaines, de quelques jours même, on trouve le rétrécissement reproduit, souvent même plus sensible et plus douloureux qu'auparavant. J'ai tant de fois répété cette observation, qu'elle a pour moi le caractère d'une vérité à l'abri de toute attaque. Bien entendu, cependant, qu'il ne s'agit que de rétrécissements durs et anciens, situés à la courbure de l'urètre ; car certaines coarctations linéaires et quelques rétrécissements longs, situés dans la partie mobile de l'urètre, s'écartent de cette loi ; les premiers sont détruits en quelques instants, quelle que soit la méthode qu'on emploie ; les autres, au contraire, se montrent réfractaires à la plupart des moyens qu'on peut mettre en usage contre eux.

On a dit, non sans raison, qu'un grand nombre de rétrécissements étaient produits par des manœuvres inhabiles dans l'emploi même des moyens destinés à faire connaître si l'urètre avait ou non perdu de son calibre. A cette assertion d'un chirurgien anglais j'en puis accoler une autre, malheureusement non moins vraie et d'une application beaucoup plus étendue, savoir, que les tentatives faites sans ménagement pour détruire les coarctations urétrales, loin de les guérir, les aggravent presque toujours, au point quelquefois de les rendre incurables. Je n'avais pas oublié cette remarque lorsque j'entrepris le traitement du malade précité, et ce fut pour cela que je n'assignai pas tout d'abord le temps qui me serait nécessaire pour obtenir la guérison. En général, il est facile à un praticien expérimenté de calculer approximativement les effets d'une maladie ; à force de se répéter, l'observation fournira sous ce rapport des données à peu près sûres. Mais il n'est pas possible de se faire une idée nette des effets produits par les manœuvres opératoires auxquelles d'autres ont eu recours : on n'en juge que dans le cours du traitement. Je ne saurais donc conseiller trop de réserve à celui qui se trouve appelé après que d'autres ont essayé ou échoué : ces cas sont toujours plus graves que ceux dans lesquels il s'agit de rétrécissements qui n'ont pas été tourmentés.

Lorsque je vis le malade dont il vient d'être question, il était plus inquiet du catarrhe vésical que du rétrécissement. Préoccupé de l'opinion trop généralement répandue que les catarrhes de vessie sont incurables, et voyant que je ne faisais rien contre la maladie qui lui causait tant d'effroi, il m'exprima plusieurs fois ses craintes ; mais c'était un homme éclairé auquel je n'eus pas de peine à faire comprendre que son catarrhe devait être oublié pour le moment ; que c'était la conséquence des efforts continuels de la vessie pour chasser l'urine à travers un canal induré, et qu'il suffirait de rétablir l'urètre dans ses conditions normales

pour mettre un terme aux efforts de la vessie et amener ainsi la cessation du catarrhe. Ce que le malade saisit très-bien, beaucoup de médecins paraissent ne pas le comprendre, du moins pour plusieurs espèces de catarrhes, comme j'ai cherché à le démontrer dans le troisième volume de mon *Traité pratique*.

J'ai dit qu'il était survenu à différentes reprises une légère réaction pendant laquelle j'interrompis tout traitement local. Il n'est pas rare, en effet, durant ces traitements prolongés, de voir la partie rétrécie du canal se contracter avec une force insolite, soit au moment de l'introduction des bougies, soit quand elles sont en place, et si l'on essaye de lutter contre un tel état de l'urètre, le malade souffre, après quoi il survient des cuissons en urinant, du malaise, et parfois des accès de fièvre. Ces accès ont lieu surtout lorsqu'en changeant de bougies, on passe d'un numéro inférieur à un numéro supérieur, et qu'il y a trop de différence entre la grosseur des deux instruments. Comme ils ont donné lieu à des méprises, je crois devoir entrer dans quelques détails à leur égard.

Les mouvements réactionnaires des parois de l'urètre ont lieu quand on dilate avec trop de précipitation, qu'on introduit les bougies avec force, qu'on les laisse séjourner longtemps, ou qu'on les choisit trop dures. Dans tous ces cas, c'est au chirurgien qu'appartient la responsabilité, puisqu'il s'est écarté de la bonne voie.

Mais on les voit survenir dans des cas où l'on a procédé avec toutes les précautions requises. Il faut alors en chercher la cause, soit dans quelque disposition spéciale de l'urètre, soit dans les complications du rétrécissement. Il y a donc ici une distinction à établir quant à la source de l'accident, et d'autant plus importante, que les cas de la seconde espèce sont en général plus graves, plus opiniâtres. Si l'on y avait eu égard, on n'aurait pas, comme on l'a fait si souvent, confondu les accidents attachés à la méthode avec ceux qui dépendent particulièrement de l'opérateur.

En ce qui concerne l'appréciation de la méthode par la dilatation temporaire, l'accident dont je parle est devenu une source de méprises. Beaucoup de praticiens ont cru voir là une raison suffisante pour renoncer à l'usage des bougies.

Dans les cas simples, il n'a aucune gravité : il suffit de mettre un ou plusieurs jours d'intervalle entre les introductions de la bougie, et de ne laisser celle-ci en place que peu de minutes, puis de prescrire des bains, des lavements, des cataplasmes. Le traitement peut être repris ensuite et continué. C'est là ce qui arrive le plus communément.

Du reste, que le mouvement de réaction dépende de l'emploi d'une bougie trop grosse ou poussée avec violence et précipitation, ou qu'il provienne, comme je l'ai vu plusieurs fois, d'une prédisposition individuelle, difficile, sinon même impossible à déterminer d'avance, les effets sont à peu près les mêmes et il n'y a de différence notable que dans le degré d'intensité. Voici ce qu'on observe d'ordinaire : l'amélioration progressive qu'on avait remarquée dans l'émission de l'urine est suspendue ; souvent même le malade se plaint d'uriner moins bien que les jours précédents ; l'introduction et le séjour des bougies deviennent douloureux, quoiqu'on n'ait pas augmenté le volume des instruments ; les corps caverneux se gonflent et acquièrent de la dureté.

Lorsque les moyens que j'ai déjà indiqués ne suffisent pas pour rétablir le calme, l'accident augmente, les phénomènes morbides s'aggravent, la verge entre dans un état de demi-érection, l'émission de l'urine est difficile et douloureuse, il survient un écoulement, il y a du malaise, et parfois des accès de fièvre. Un traitement antiphlogistique local est alors indispensable ; on en proportionne l'énergie et la durée à la violence, à l'opiniâtreté des symptômes ; mais on n'obtient pas toujours le résultat désiré, et la position du chirurgien peut même devenir assez embarrassante. Voici la marche que j'ai coutume de suivre en pareil cas : d'abord, je procède toujours à la dilatation avec beaucoup de lenteur, et j'ai grand soin qu'il y ait peu de différence, sous le point de vue de la grosseur, entre la bougie que je quitte et celle que je me propose d'y substituer ; si je trouve l'urètre plus sensible, si le malade souffre davantage du passage de la bougie, je redouble de précautions pour introduire celle-ci, et je la retire immédiatement ; je prescris du repos, des cataplasmes émollients sur la verge, des bains, des lavements, des boissons abondantes. Si je ne parviens pas ainsi à prévenir l'accident, du moins j'obtiens une grande diminution dans son intensité et dans sa durée. A ce sujet, je citerai le fait suivant.

M... avait un rétrécissement simple. Le cas était favorable ; mais le malade étant pressé, je procédai à la dilatation avec un peu de précipitation. Le huitième jour, l'écoulement augmenta : il survint des besoins fréquents d'uriner avec douleur pour y satisfaire, le pénis devint douloureux, l'orifice externe de l'urètre était rouge ; il y avait malaise général. Des bains prolongés, des cataplasmes et des lavements opiacés amenèrent une amélioration notable. Le neuvième jour, je repris le traitement. L'introduction des bougies étant plus douloureuse, je ne les laissai pas d'abord séjourner, et ce ne fut qu'au bout de trois jours que j'en revins à ma méthode ordinaire. Dès lors, la guérison marcha d'une

manière régulière. J'eus là une nouvelle preuve de la nécessité de procéder toujours avec lenteur à la dilatation des rétrécissements urétraux, nonobstant les instances du malade. Au lieu de quelques jours qu'on espérait gagner, il en fut perdu plusieurs, et en définitive, le traitement fut beaucoup plus long qu'il ne l'aurait été si l'on avait usé des précautions ordinaires.

Il s'agissait ici d'un cas fort simple : l'accident n'eut pas de suites. J'en ai vu d'autres dans lesquels des rétrécissements plus considérables, compliqués d'induration des parois urétrales, de catarrhe vésical, de trouble dans les fonctions génitales ; tous n'ont permis de reprendre la dilatation qu'au bout de trois semaines, ou un mois, et même davantage.

Dans plusieurs circonstances, ces sortes de réactions surviennent à la fin du traitement, et lorsque déjà l'on croyait le malade guéri. Pendant longtemps cette particularité m'a surpris d'autant plus que je n'en découvrais pas la cause. A la fin, je reconnus qu'elle dépendait de la prédisposition du méat urinaire, toujours plus étroit et moins extensible que le reste du canal, et qui supporte péniblement le passage et le séjour des grosses bougies destinées à compléter la dilatation du point rétréci. Les heureux résultats que j'avais obtenus, dans d'autres circonstances, du débridement du méat urinaire, me conduisirent à pratiquer alors la même opération. Je n'ai eu qu'à me féliciter de l'emploi de ce moyen, qu'on a tort de négliger, car l'étroitesse naturelle ou accidentelle du méat urinaire suffit pour rendre incomplet le traitement par la dilatation, et si l'on force l'entrée du canal, on fait souffrir le malade, on s'expose à la réaction dont je viens de parler. J'insiste sur ces minuties de la pratique, car c'est pour n'en pas vouloir tenir compte qu'on échoue souvent.

Je viens de dire que la constriction de l'orifice urétral peut être accidentelle. Il est démontré, en effet, que cet orifice peut se resserrer accidentellement d'une manière étonnante, même en quelques heures. C'est un phénomène que produit soit une irritation développée dans la partie profonde de l'urètre ou au col vésical, soit une distension même modérée du méat urinaire, par le passage d'une sonde ou d'une bougie. Ainsi, du jour au lendemain, il arrive que l'instrument qui, la veille, avait passé sans difficulté ni douleurs, ne peut plus être introduit sans une forte pression et sans causer des douleurs atroces. Si l'on emploie la force pour le faire pénétrer, aux douleurs qu'il détermine succède une rougeur, avec gonflement au gland, ainsi qu'une induration plus ou moins étendue des corps caverneux, qui sont tuméfiés et douloureux. Il faut avoir observé soi-même quelques-uns de ces cas pour apprécier

l'étendue, la gravité et la persistance des désordres que la distension du méat urinaire peut entraîner ; rien n'est plus commun, cependant, que de les rencontrer, et dire qu'on n'a pas reconnu une circonstance qui peut occasionner les accidents les plus graves, en même temps qu'elle paralyse jusqu'à un certain point l'une des principales ressources de la chirurgie contre les rétrécissements urétraux, c'est donner une idée approximative de la valeur des observations qu'on a faites à cet égard. Je rappellerai brièvement ici des faits que j'ai établis dans mon *Traité pratique* : l'orifice externe de l'urètre est la partie la plus étroite et la moins extensible du canal ; il supporte difficilement et douloureusement le passage des grosses bougies nécessaires pour compléter la dilatation des points rétrécis. Si l'on force l'entrée, il en résulte des accidents; si l'on se borne à passer les bougies dont le méat urinaire permet l'introduction facile, la dilatation du point rétréci ne saurait être complète, et la récidive est inévitable. Jusqu'ici on a flotté entre ces deux échecs : le débridement de l'orifice met à même de les éviter tous deux. Je ne saurais trop recommander cette petite opération, qu'on peut faire sans en prévenir le malade ; peu douloureuse, elle n'entraîne jamais d'accidents ; l'écoulement de sang qui en résulte est plutôt salutaire que nuisible.

Il est une remarque que je dois reproduire, car elle a pour but d'épargner des désagréments au praticien. On sait que les maladies graves du col vésical et de la partie profonde de l'urètre ont un retentissement douloureux presque constant au bout de la verge. Si l'on est appelé à faire le débridement dans ce cas, le malade ne manquera pas d'attribuer la douleur à la petite opération, quoiqu'elle dépende d'une tout autre cause.

Je n'ai pas eu la prétention de présenter ici un tableau complet des mouvements réactionnaires qui peuvent avoir lieu dans l'urètre et au col vésical. Ces réactions se manifestent par des phénomènes variables à l'infini. Je me bornerai, en terminant, à indiquer une particularité qui frappe d'autant plus qu'on ne s'en rend pas raison. Tous les praticiens savent que l'introduction d'une sonde dans l'urètre peut être suivie de désordres graves et même mortels, alors même qu'on a apporté à cette introduction toutes les précautions nécessaires. J'ai observé des cas analogues à la suite de l'introduction d'une simple bougie incapable de produire la moindre lésion. Dans quelques-uns il n'y avait même pas de rétrécissement organique, en sorte que l'instrument ne rencontrait pas d'obstacle ; et cependant on voyait survenir de la fièvre, des accidents nerveux exigeant de longs traitements qui n'avaient même pas toujours de bons résultats. Les malades, et aussi quelques praticiens,

attribuent ces accidents à la bougie ; mais c'est à tort : le passage de l'instrument n'est qu'une cause occasionnelle ; la véritable cause, je m'en suis assuré, tenait à de graves lésions préexistantes, soit dans la vessie, soit dans ses annexes, que l'action de la bougie avait seulement eu pour effet d'exaspérer.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA LIQUEUR DE GOWLAND.

Choisir des médicaments divers, mais de propriétés semblables ou analogues ; associer ces médicaments les uns avec les autres ; prévoir si cette association est possible, s'il n'y a pas de réaction probable, en se basant sur des connaissances physiques et chimiques suffisamment étendues ; déterminer la dose des mêmes agents ; indiquer le mode de préparation le plus convenable, afin de masquer l'odeur ou la saveur désagréable de tel ingrédient, de modifier l'action de tel autre ; préciser le temps, la durée et le mode d'administration du composé nouveau, telles sont les principales règles de formuler. Mais ces règles, toutes connues, toutes banales qu'elles sont, se trouvent très-souvent négligées ou enfreintes par les praticiens les plus habiles : les exemples de fautes semblables ne sont pas rares. On en trouve dans quelques ouvrages de thérapeutique, et les *Formulaires* tant anciens que nouveaux, sans en excepter les nôtres, bien entendu, sont loin d'en être exempts. A quoi tiennent ces vices, ces défauts? Aux principales raisons que nous allons signaler, mais que nous ne justifions pas.

Le thérapeutiste, qui rassemble en un ou plusieurs volumes les faits d'une pratique longue et consciencieuse, s'occupe bien plus des médications que des remèdes mis en usage. Pour lui, le régime diététique et hygiénique, l'ensemble de tous les moyens employés au soulagement ou à la guérison du malade, sont les choses qui fixent son attention. A part quelques formules renfermant deux ou trois des cinquante et quelques produits naturels ou chimiques véritablement dignes du nom de médicament, tous les autres agents fournis par la pharmacie ne sont que des adjuvants ou accessoires dans lesquels il n'a qu'une confiance sage et limitée. Les prescriptions qu'il fait sont des plus simples, et le plus souvent il les emprunte à sa mémoire ou à son *memento* posologique.

Les auteurs de *Formulaires*, collationnant avec un [illegible]n plus ou moins minutieux, plus ou moins philosophique, toutes les recettes épar-

ses çà et là et chaque jour créées, on ne sait pas toujours pourquoi, ne peuvent pas, ou plutôt négligent de répéter eux-mêmes les nombreuses compositions magistrales qu'ils donnent au public. Ils ont le soin, il est vrai, de décharger leur responsabilité en plaçant chaque préparation, chaque formule sous le nom de son inventeur ; mais ce soin ne détruit pas les erreurs ou les fautes commises ; il n'empêche pas non plus les difficultés, les impossibilités pharmaceutiques que l'on rencontre quelquefois, et que nous avons rencontrées à l'occasion de la *liqueur de Gowland,* demandée dans le service du docteur Casenave, à l'hôpital Saint-Louis.

Cette liqueur, usitée contre le porrigo, ne se trouve pas dans tous les Formulaires, et aucun des traités de pharmacie les plus répandus n'en fait mention. Le Formulaire de notre collègue et confrère Bouchardat, et le mien, sont les seuls qui en parlent, et cela dans des termes différents. Suivant notre confrère, elle doit être préparée ainsi :

Deutochlorure de mercure.	1 décigramme.
Émulsion d'amandes amères.	200 grammes.

Suivant nous, la *liqueur de Gowland* ne serait que l'*eau rouge* additionnée d'une substance émulsive, c'est-à-dire un soluté de bichlorure mercuriel coloré par l'orcanète et émulsionné.

Comme on le voit, ces deux formules ont de l'analogie, mais aucune similitude. Quelle est la plus exacte ? laquelle des deux fera autorité ? Les praticiens en décideront : voilà pour la dissemblance. Passons maintenant au mode d'exécution. L'une et l'autre sont impossibles à faire, à moins d'une prompte décomposition du véhicule, car l'une et l'autre réunissent deux substances incompatibles : le sublimé, l'émulsion. Disons aussi que la décomposition n'est pas plus prompte avec l'émulsion d'amandes douces qu'avec l'émulsion d'amandes amères. Le docteur Casenave nous ayant assuré que la même liqueur préparée en ville ne présentait aucun des inconvénients que nous lui signalions et qu'il comprenait parfaitement, voici, après plusieurs essais, la formule à laquelle nous nous sommes arrêté pour avoir un liquide qui restât parfaitement blanc, homogène et nullement cailleboté, pendant au moins douze à quinze heures.

Émulsion d'amandes amères.	200 grammes.
Deutochlorure de mercure.	1 décigramme.
Sel ammoniac pur.	1 décigramme.

L'émulsion a été faite avec 60 amandes d'abricots et 210 gramm. d'eau distillée. Nous avons préféré les amandes amères, à cause de l'odeur agréable qu'elles répandent quand on les traite par l'eau.

Cette liqueur ne renferme plus de sublimé, mais un composé nouveau qui paraît n'avoir enlevé aucune des propriétés du médicament. Ce composé n'est autre que le *sel d'Allembroth soluble*, ou hydrochlorate de mercure et d'ammoniaque, qui s'emploie aux mêmes doses et dans les mêmes cas que le sublimé corrosif. F. Foy.

SUR LA PRÉPARATION DU SIROP D'ARMOISE COMPOSÉ.

M. Gobley, dans une note publiée par le Journal de pharmacie et de chimie, adresse au procédé conseillé par le *Codex* pour la confection du sirop d'armoise composé plusieurs reproches qui nous paraissent fondés, et qui viennent corroborer encore l'opinion si généralement répandue, que l'un des plus défectueux ouvrages sur la pharmacie est précisément celui que la loi impose comme guide aux pharmaciens de notre pays.

Ainsi, le *Codex* prescrit de verser sur toutes les plantes, ou parties de plantes qui entrent dans ce sirop, une dissolution de 1,000 grammes de miel dans 4,000 grammes d'eau, et de laisser macérer pendant trois jours, pour ensuite soumettre à la distillation et faire s. a., tant avec le produit aromatique de cette opération qu'avec le résidu liquide resté dans le bain-marie, deux sirops que l'on finit par mélanger ensemble.

M. Gobley reproche avec raison à ce mode d'opérer :

1° De ne fournir, par la fermentation du miel, qu'une quantité d'alcool trop faible pour entraîner à la distillation les huiles volatiles des plantes ;

2° D'employer une dose d'eau trop considérable, ce qui oblige de soumettre les liqueurs à une longue ébullition pour les amener à consistance de sirop ; d'où il résulte toujours, et malgré toutes les précautions possibles, une profonde altération des matières sucrées et extractives qui entrent dans la composition de ce médicament;

3° Enfin de fournir un produit qui présente constamment une saveur désagréable de caramel, due à l'action prolongée de la chaleur sur le miel qui est, parmi les substances sucrées, celle qui se caramélise le plus vite.

Pour obvier à ces graves inconvénients, M. Gobley propose de réduire la proportion de l'eau à 3,000 grammes, que l'on verse sur les plantes avec 250 grammes d'alcool à 38° centésimaux, et de procéder à la distillation au bain-marie, après vingt-quatre heures de contact, pour en retirer toute la partie spiritueuse. On prépare ensuite le sirop avec le sucre, et, à la fin de sa cuisson, on ajoute 1,250 grammes de sirop

de miel; puis enfin, lorsque le sirop est convenablement réduit et en partie refroidi, on y verse la liqueur aromatique distillée, et on mêle exactement par agitation.

SUR LA CONSERVATION DE L'ERGOT DE SEIGLE.

Il a été constaté que l'ergot recueilli avec le plus grand soin perd rapidement toutes ses propriétés thérapeutiques, lorsqu'il a été conservé dans un lieu humide ou au contact de l'air et de la lumière. M. Victor Legrip, de Chambon (Creuse), vient de conseiller, dans le dernier numéro du Journal de chimie médicale, les moyens suivants pour arriver à le conserver intact pendant plusieurs années.

1° Pulvériser l'ergot récent et bien séché ;

2° Exposer la poudre à la température de 45 à 50 degrés centigrades pour la sécher promptement et parfaitement ;

3° La tasser et l'enfermer hermétiquement dans des vases de verre de la capacité d'un hectogramme au plus ;

4° Enfin, la soustraire à l'action de la lumière, soit en l'enfermant dans un lieu obscur, soit en recouvrant les vases de papier noir.

Si ce procédé donne en réalité les résultats annoncés par l'auteur, nous ne pouvons trop engager les pharmaciens à le mettre en usage, car il est malheureusement fréquent, surtout dans l'arrière-saison, de trouver dans beaucoup d'officines de l'ergot déjà altéré au point de ne plus produire les effets sur lesquels on compte dans son administration.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PURIFICATION DES GOMMES-RÉSINES.

On a successivement proposé le vinaigre, le vin blanc et l'alcool faible pour dissoudre les gommes-résines, dans le but de les purifier ; l'emploi du dernier de ces trois menstrues est celui que prescrit le nouveau *Codex*.

Sans doute, on obtient un bon résultat en se servant de l'alcool faible ; mais la longueur de l'opération et le coût de l'alcool qui se perd, doivent mériter la préférence au procédé suivant que M. Lamothe, pharmacien à Garlin, publie dans le dernier numéro du Journal de pharmacie.

PRENEZ :	Gomme-résine quelconque........	1 partie.
	Eau distillée....................	4 parties.

On fait macérer pendant douze heures dans une bassine de cuivre

étamée, en agitant de temps en temps avec une spatule de bois ; au bout de ce temps, on expose le mélange pendant quelques minutes à une chaleur de 70 à 75° centigrades ; on passe au travers d'un linge avec une légère expression; on traite le résidu avec une nouvelle quantité d'eau distillée, et on exprime ; enfin on lui fait subir une troisième et même une quatrième digestion, chaque fois dans deux parties d'eau distillée. Il reste un magma gluant, poisseux, que l'on soumet à une douce chaleur dans une demi-partie d'huile essentielle de térébenthine et autant d'eau distillée ; celle-ci pour dissoudre la partie gommeuse, celle-là pour dissoudre la résine ; après quoi, on passe avec expression. Si le résidu n'est pas entièrement épuisé, on doit le chauffer de nouveau avec une nouvelle dose d'eau et d'huile volatile. Enfin, on réunit tous les liquides, et on les fait évaporer au bain-marie jusqu'à consomption de l'humidité, en agitant continuellement.

Depuis seize ans, M. Lamothe ne se sert pas d'un autre procédé pour purifier les gommes-résines qui doivent être incorporées dans les emplâtres qu'il prépare, et il a pu se convaincre pleinement de l'avantage qu'il présente sur tous les autres, tant sous le rapport de la promptitude que sous celui de la dépense qu'il nécessite.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique de médecine légale, par Henri Bayard, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, inspecteur (suppléant) de la vérification des décès de la ville de Paris*, etc.

Dans l'organisation actuelle de la médecine, la médecine légale n'est pour la plupart des médecins qu'une science essentiellement accessoire, à l'étude comme à la pratique de laquelle ils ne se livrent en quelque sorte qu'accidentellement. Ce n'est pas que l'enseignement de cette science manque d'organes éclairés dans les nombreuses écoles spéciales dont est généreusement dotée la France ; ce n'est pas non plus qu'il y ait dans la littérature médicale disette d'ouvrages où les principes, les applications même de cette science si utile soient largement développés ; mais telle est l'étendue de la médecine proprement dite, telles sont les exigences de la pratique de l'art, qui a surtout pour but le traitement des maladies, qu'il est presque impossible au médecin de faire marcher de front et la science pathologique, et la science considérée dans ses rapports avec l'institution des lois et l'administration de la justice. Dans quelques pays voisins, en Allemagne par exemple, on a beaucoup mieux compris que parmi nous l'importance de cette branche es-

sentielle de la médecine, et l'on a établi une classe de médecins dont les attributions consistent uniquement à éclairer les législateurs et les magistrats dans la confection des lois ou dans leur application en matière judiciaire. Une telle réforme dans l'organisation de la médecine permettant, imposant même comme un devoir à un certain nombre de médecins de spécialiser ainsi leurs études comme leur pratique, il est évident que la médecine légale est mise par là en mesure d'atteindre le but élevé qu'elle se propose, et que le double intérêt de la société et de l'individu trouve dans cette organisation une sérieuse garantie. Si quelque jour la réorganisation de la médecine, si impérieusement commandée par tant d'abus qui semblent se féconder, vient enfin à se réaliser, la médecine légale est une des branches de la science sur lesquelles devront porter les premières réformes. En attendant la réalisation de cette promesse, toujours actuelle, mais toujours ajournée, nous ne saurions qu'encourager les efforts des savants qui consacrent leurs veilles laborieuses aux perfectionnements de cette science à la fois si difficile et si pleine d'intérêt. Nous devons surtout donner des éloges à un ouvrage qui, comme celui dont il s'agit en ce moment, a pour but de populariser la médecine légale, en présentant cette science sous la forme la plus simple, en posant ses principes généraux dégagés de tout ce qui n'est pas d'une application immédiate. Il n'est pas une seule branche de la médecine qui demande aussi impérieusement à être réduite aux proportions des exigences de la science de la pratique, que la médecine légale. L'idée seule d'une bonne composition témoigne déjà d'un excellent esprit dans l'homme qui l'a conçue. Sans entrer ici dans une analyse détaillée de cet ouvrage susbtantiel, nous pouvons dire hardiment qu'il répond à presque toutes les exigences de la science du médecin légiste. Tout ce qui est relatif aux rapports considérés d'une manière générale, à l'identité, aux blessures, aux divers genres de mort, aux attentats à la pudeur, à la grossesse, aux avortements, à l'infanticide, à l'aliénation mentale, à la toxicologie, etc., etc., y est présenté d'une manière aussi concise que judicieuse. Pour tout dire en un mot, le livre de M. Bayard, dont le nom est déjà connu avantageusement en médecine légale, est une véritable nécessité dans l'état actuel de l'organisation de la médecine en France.

Traité de physiologie transcendentale*, *ou Leçons sur la vie universelle et les lois nécessaires qui la régissent*, *par* Alcide Dépierris, *docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Ce serait nous engager dans une discussion tout à la fois trop longue et complétement en dehors du cadre de ce journal, que de suivre

M. Dépierris dans son audacieuse pérégrination a travers les régions les plus abstraites de la pensée : la physiologie se trouve elle-même un peu étonnée d'être appelée à faire un aussi long voyage. N'ayant point, d'un autre côté, nous l'avouerons, une confiance illimitée dans la science d'un cicérone aussi nouveau que l'est M. Dépierris, nous nous abstiendrons de nous embarquer sur un océan que nous connaissons assez pour savoir qu'il est semé de recifs que nous ignorons; nous nous bornerons à caractériser la doctrine philosophique que, sous prétexte de physiologie transcendentale, ce jeune médecin s'efforce de faire prévaloir. Cette doctrine est le matérialisme le plus décidé. Nous nous contenterons de citer un court passage de l'auteur où cette doctrine se produit de la façon la plus explicite : « Il n'y a pas dans l'univers deux sortes de substances dont l'une serait la matière et l'autre l'esprit, il n'y a dans l'immensité de l'espace que des substances matérielles, les unes impondérables, comme le calorique, l'électricité, etc.; les autres pondérables, dont le nombre probable est trois. Ces substances simples, pondérables ou impondérables, considérées dans leur ensemble, constituent la cause première ou Dieu; les créatures ne sont que des dérivés logiques des substances simples, qui les réalisent par leur combinaison. » Tout, dans ce livre, depuis le commencement jusqu'à la fin, est posé avec le même aplomb, le mécanisme de la création comme la nécessité logique de l'humanité, et la raison métaphysique de la persistance de l'individualité, à l'aide d'une série de métamorphoses dont l'auteur a seul la clef, etc. Nous regrettons sincèrement qu'un homme qui, par cela seul qu'il parle assez facilement le langage de la métaphysique, montre une aptitude réelle pour traiter les questions qui se rattachent à cette science, se ferme irrévocablement tout avenir, en mutilant sa nature morale sous prétexte de positivisme.

Bibliothèque du médecin-praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger; par une société de médecins, sous la direction du docteur Fabre, *auteur du Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux; tome II*e. *Paris, juillet* 1844. *Au bureau de la Gazette des hôpitaux, rue Dauphine,* 22-24.

Le moment actuel, en littérature médicale, se caractérise par une abondance extrême de traités généraux et de travaux d'ensemble. Il y

a quelques années, on ne voyait surgir que des monographies; à cet instant, soit que les goûts du public médical aient changé, soit, ce que nous ne croyons pas, que la source des monographies soit tarie, les ouvrages en faveur sont ceux qui embrassent une partie considérable de la science ou la science tout entière. Toute tendance suppose un besoin, et nous comprenons parfaitement celui des praticiens qui les pousse vers les ouvrages d'ensemble qui résument la science et la pratique, en présentant leur état actuel.

A la tête de ces ouvrages, par son étendue, son plan, et le vaste domaine qu'il embrasse, se place l'ouvrage qui a pour titre *Bibliothèque du médecin-praticien*, sur lequel nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs à l'occasion du premier volume. Le second, que nous avons sous les yeux, termine le traité des maladies des femmes, et commence le traité des maladies de l'appareil urinaire. Cet ouvrage pourrait à bon droit être appelé la Monographie des monographies. C'est, en effet, le résumé le plus complet et le plus intelligent de tout ce qui a été publié d'utile et de réellement pratique. Plus il avance, plus son plan se développe, et plus aussi on comprend quelles grandes ressources cet ouvrage présentera aux praticiens, qui, dans un instant donné, et sans avoir besoin de recourir à une immensité de volumes, trouvent sous les yeux, en peu de pages, présenté de la manière la plus claire et la plus succincte, tout ce qu'ils ont intérêt à connaître au point de vue de l'art. Ce travail de lecture immense, d'analyse patiente, de rapprochement, de critique et d'appréciation, auquel si peu de praticiens peuvent se livrer, ce travail, disons-nous, a été entrepris par M. Fabre dans une série de traités qui résumeront la science pratique tout entière. Ce que nous y remarquons avec plaisir, c'est que cet ouvrage n'est point fait au point de vue étroit de quelque école, de quelque système, de quelque doctrine, mais seulement au point de vue de ce que l'observation de tous les temps et de tous les hommes a pu recueillir de véritablement utile et applicable. La nature, en effet, parle toujours le même langage, ce n'est que l'interprétation des hommes qui varie; or, en laissant celle-ci de côté pour ne tenir compte que de l'observation, on peut emprunter à tous les âges et à toutes les doctrines les faits de pratique qu'elle a pu recueillir. C'est à cette source seule si abondante et si précieuse que les auteurs de la Bibliothèque nous semblent avoir puisé. Pour eux, la question purement dogmatique s'efface toujours devant la question pratique. Aussi, après avoir aussi clairement que possible posé le diagnostic, tracé le tableau symptomatique de l'affection qu'ils étudient, ils en exposent la thérapeutique, non pas seulement à l'aide de préceptes, mais, chose plus précieuse, à l'aide

de faits empruntés à tous les grands maîtres, à tous les grands observateurs de tous les âges et de tous les pays, à toutes les cliniques anciennes et modernes.

La lecture d'un pareil ouvrage ne peut être qu'essentiellement utile. On comprend aussi que par sa nature il échappe complétement à l'analyse. Ce que nous venons de dire suffira cependant pour en faire apprécier le caractère général. Il nous paraît digne de tout l'intérêt des praticiens, qui y trouveront certainement instruction et profit, et surtout économie de temps et d'argent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA COURBURE ACCIDENTELLE DES OS LONGS CHEZ LES ENFANTS.

Il a été publié, t. XXVI, p. 230 de ce journal, un article ayant pour titre : *De la Fracture incomplète des os longs chez les enfants*. Trois cas, parfaitement identiques à ceux rapportés dans ce travail, sont à ma connaissance, et j'avoue que je ne me serais pas douté qu'il pût y avoir fracture ! Bien plus, j'ai contesté ce fait contre l'opinion de mon confrère, M. Jarrou, qui le croyait, sans toutefois qu'il pût lui assigner des caractères de quelque apparence ; et dans leur absence, il me semblait plus rationnel d'expliquer l'accident par l'âge peu avancé des malades et par la nature plus gélatineuse que calcaire des os à cette époque de la vie, ce qui doit leur permettre de céder à une puissance quelconque de nature à dévier leur direction sans les rompre. A la vérité, le mémoire de M. Thoré n'était pas connu alors ; et ne possédant point Lanfranc, ni Guy de Chauliac, pas même Ambroise Paré, ce qui est du luxe dans la bibliothèque du commun des médecins en province, je n'avais encore aucune notion sur ce genre d'accidents. Quoi qu'il en soit, voici brièvement ces observations.

Il y a une dizaine d'années, à peu près, on conduisit chez moi un enfant de huit ans, qui venait de faire une chute sur son bras droit, mais on ne sut pas me dire la position du membre dans la chute. L'examen me fit voir l'avant-bras arqué dans le sens antérieur : les deux os présentaient une incurvation parfaite, la concavité par devant, et une voussure relative par derrière. Ma pensée première fut l'existence d'une double fracture; mais point de douleur, point de mouvement ni de crépitation, impossibilité de ramener le membre à sa direction naturelle, semblable à celle de son congénère. L'absence de tout signe de fracture, et l'organisation osseuse dans l'enfance, me firent croire qu'il n'y avait

qu'une courbure accidentelle. En conséquence, à l'aide d'une attelle et d'une bande j'entourai le membre, et au bout d'un certain temps il fut rétabli dans sa direction première. Examinés de nouveau, à cette époque, les os, parfaitement unis, ne présentaient rien qui pût faire supposer une soudure de fracture.

Plus tard, le médecin déjà cité fut témoin d'un fait semblable ; mais incertain sur le diagnostic, il m'amena un petit garçon d'une dizaine d'années qui était tombé, il ne savait comment ; et depuis ce moment, son humérus droit offrait une ligne courbe que des efforts de redressement ne pouvaient point faire disparaître. M. Jarrou croyait à une fracture ; mais tous les caractères en étaient négatifs, et dès lors, je ne partageai pas son opinion. Je lui racontai l'exemple précédent, qui faisait type pour moi. Quoi qu'il en fût de cette divergence, le procédé curatif indiqué plus haut et le résultat furent les mêmes.

M. Lalanne, chirurgien, fut appelé il y a environ dix mois pour un enfant de cinq ans, lequel, à la suite d'une chute, eut l'un des avant-bras, le droit, parfaitement arqué, et dans le même sens que celui cité le premier. L'homme de l'art crut d'abord à l'existence d'une fracture ; mais les investigations les plus scrupuleuses le laissèrent dans la persuasion qu'il n'y en avait pas, et il fit de vains efforts pour replacer le membre dans son état normal. Dépourvu d'objets nécessaires, il mit un premier appareil d'attente, et le lendemain, muni d'une forte attelle, il fit un bandage roulé. Le chirurgien visita le petit malade plusieurs jours de suite ; mais ayant été obligé de s'absenter, il donna des instructions aux parents pour la continuation du traitement. Toutefois, soit négligence, soit maladresse, il n'y eut pas de redressement, et le membre resta tel que l'accident l'avait fait.

J'en étais à ce point de la rédaction de cette note lorsqu'on m'a fourni l'occasion de vérifier les choses par moi-même. Ce n'est pas tout à fait ce qu'on m'avait dit : l'enfant a à peine cinq ans ; il y a dix mois de l'accident. La chute eut lieu d'assez haut, et la main droite porta la première sur le sol. L'incurvation se fit non pas d'arrière en avant, mais bien de dedans en dehors et de gauche à droite, la voussure en regard du corps. Les deux os sont parfaitement unis, et il n'y a aucune trace de formation de cal. Le cubitus a repris sa ligne droite, le radius seul présente une légère courbure, très-peu sensible à l'œil, mais bien appréciable par le toucher. Et ma pensée est que, si plus de soin et plus d'intelligence surtout avaient présidé au traitement, le redressement serait complet. Je dis plus : ce résultat ne serait pas impossible encore, je crois ; mais il serait difficile à obtenir par la difficulté d'assujettir convenablement une attelle le long de la partie externe de l'avant-bras chez un enfant indo-

cile. Au reste, ce n'est pas absolument nécessaire, parce qu'il n'y a ni dommage, ni difformité bien apparente.

Maintenant, y avait-il, ou non, fracture, même incomplète dans les trois cas? Je ne l'ai point cru et ne le crois pas encore, parce que rien ne le justifie; ni douleur. ni mouvement insolite, ni crépitation, ni saillies ou inégalités sur la surface des os, pas même, comme dans le cas rapporté par M. Thoré, « la faculté de rendre au membre sa rectitude naturelle par des efforts faits avec lenteur et modération. » Ceux que je fis sur le premier sujet, que M. Jarrou et moi opérâmes sur le second, et que M. Lalanne fit sur le troisième, exercés avec une certaine force, quoique avec précaution, ne nous permirent point de rétablir les membres dans leur direction naturelle. Ce ne fut qu'à la longue, à l'aide d'une compression graduelle et permanente, que nous parvînmes à notre but dans les deux premiers cas, et qu'on y serait parvenu, selon ma croyance, dans le troisième.

En rapportant ces faits, je n'ai pas eu l'intention de juger le différend; j'ai seulement voulu ajouter trois cas rares à ceux déjà connus, et fournir ainsi des matériaux aux médecins qui, mieux que moi, ont les occasions et la faculté d'élucider la question.

GALYAY, D. M.
A Tarbes (Hautes-Pyrénées).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Amputation partielle du pied par un procédé nouveau. — Trois procédés sont en présence pour l'amputation partielle du pied : le premier est celui de Chopart, le second appartient à M. Lisfranc, le troisième, celui dont nous allons voir l'application, est d'origine récente ; il n'a encore été pratiqué que par M. Jobert, et nous en avons déjà parlé dans notre *Répertoire* du numéro d'octobre 1843, page 301, d'après le mémoire de M. Laborie, où s'en trouve la description.

Le nommé Bosson, âgé de cinquante ans, cartonnier, entra le 8 mai 1844 à l'hôpital Saint-Louis, pour une carie des os du pied gauche. Cet individu, qui a eu autrefois la vérole, nous dit que sans cause appréciable il vit, au mois de novembre dernier (1843), son pied devenir le siége de douleurs excessives qui le privaient de sommeil; extérieurement rien n'annonçait une lésion grave et aussi profonde ; tous les soirs seulement il y avait un peu de gonflement et de l'œdème dans la jambe. Vers la fin de février, un noyau d'engorgement apparut vers le milieu du cou-de-pied, un abcès se forma, qui s'ouvrit spontanément le 9 avril. L'ouverture resta fistuleuse. On observe actuellement : un gonflement

considérable du pied dans sa moitié antérieure, plus considérable à la partie interne qu'à l'externe, et sans rougeur anormale des téguments. L'ouverture fistuleuse de l'abcès occupe le milieu environ du cou-de-pied; il s'en écoule du pus séreux, inodore. La marche est extrêmement pénible et douloureuse. Un stylet introduit dans la fistule pénètre à trois centimètres de profondeur en bas et en arrière; on sent que chemin faisant il traverse un tissu osseux friable, se laissant creuser et offrant des rugosités très-marquées. Après avoir constaté cet état des os du tarse au-dessous de l'orifice de la fistule, M. Jobert ouvrit cette dernière largement par une incision transversalement dirigée en dehors. Entre les bords de cette nouvelle plaie se montrèrent bientôt des bourgeons charnus tels qu'il s'en développe au voisinage des os affectés de carie. N'espérant pas la guérison de ce malade par les moyens médicaux proprement dits, M. Jobert se décida à faire l'amputation partielle du pied, convaincu de l'importance qu'il y a à conserver la plus grande longueur possible au pied, d'abord parce que la marche est mieux assurée le levier osseux étant plus long, et, en second lieu, parce qu'on ménage ainsi les principales insertions des muscles fléchisseurs, ce qui, après la guérison, conserve l'antagonisme entre ces derniers et les muscles extenseurs, condition physiologique précieuse, si on pense, qu'elle absente, la luxation du pied en arrière sur la jambe devient possible, ainsi qu'elle a été constatée après l'amputation suivant le procédé de Chopart. Pour ces raisons, M. Jobert eut recours au procédé qu'une fois déjà il a exécuté avec succès. Ce procédé consiste à commencer l'opération comme dans le procédé de M. Lisfranc, savoir : incision courbe à convexité antérieure à la face dorsale du pied; dissection des téguments et des tendons; seulement la dissection, à partir du troisième os du métacarpe jusqu'au bord interne du pied, doit remonter davantage vers la jambe, afin de mettre à découvert les articulations des os cunéiformes avec le scaphoïde. Cela fait, le chirurgien ouvre les articulations du cuboïde avec les deux derniers métatarsiens, puis celles du scaphoïde avec les cunéiformes, en détruisant d'abord les ligaments dorsaux; il termine en coupant les ligaments qui maintiennent l'articulation cunéo-cuboïdienne. L'opération s'achève comme dans le procédé de M. Lisfranc; il faut seulement avoir soin de donner au tiers interne du lambeau plantaire une longueur plus considérable. C'est d'après ces principes que notre malade fut opéré. On tenta la réunion immédiate, qui réussit complétement; il resta quelques points fistuleux superficiels qui ne sont pas encore cicatrisés. Le but que se propose le procédé de M. Jobert a déjà été signalé, nous n'y reviendrons pas. Nous dirons toutefois que ce chirurgien donne la préférence à la méthode de M. Lisfranc toutes les fois

qu'elle est praticable. Son procédé opératoire est surtout appelé à remplacer celui de Chopart, sur lequel il a les avantages que nous avons signalés.

Varicocèle opéré avec succès. — Le nommé Doy, raffineur, entra dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis. Agé de quarante-huit ans, d'une forte constitution, cet individu porte un varicocèle à gauche. Survenue sans cause appréciable, il y a deux ans environ que la maladie a commencé. A cette époque Doy éprouva dans le testicule et dans l'aine droite quelques douleurs passagères et plus souvent un sentiment de gêne qu'il croyait dû à la fatigue que lui occasionne la nécessité où il est de se tenir toujours debout. Les premiers symptômes s'aggravèrent chaque jour, et bientôt la moitié gauche du scrotum présenta une augmentation sensible de volume. Doy fit alors usage d'un suspensoir qu'il porte depuis quatorze mois; seulement il le quitte la nuit. Malgré cette précaution, le mal a continué de faire des progrès; les érections ont lieu difficilement, et, au moment du coït, l'éjaculation est marquée par une douleur vive; ce serait même cette dernière circonstance qui, au dire du malade, l'aurait décidé à se faire opérer. Actuellement les veines du scrotum et du cordon forment, par la dilatation considérable qu'elles ont subie, une tumeur allongée, molle, noueuse, s'étendant du bord du testicule jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal. Volumineuse et assez pesante, la tumeur cause au malade, qui s'en plaint, un tiraillement assez marqué dans le flanc droit et jusque dans la région lombaire. La douleur est parfois assez forte pour produire un mouvement fébrile. Dans cet état de choses, M. Jobert crut devoir obtempérer aux désirs du malade, et lui faire l'opération qu'il réclamait avec instance. Le procédé opératoire auquel le chirurgien de Saint-Louis donna la préférence est le suivant : après avoir refoulé en dedans le canal déférent et avoir isolé les veines variqueuses, il passa successivement quatre aiguilles derrière elles, en traversant la peau du scrotum en deux points opposés. Autour de chaque aiguille il fit plusieurs tours avec un fil ciré en exerçant un degré de compression modérée, assez forte toutefois pour porter atteinte à la vitalité des parties molles embrassées par le fil. Chaque aiguille fut placée à un centimètre l'une de l'autre. La plus inférieure répondait au bord supérieur du testicule, la plus élevée siégeait au voisinage de l'anneau. L'opération, faite le 20 juillet, ne parut pas être bien douloureuse, le malade se plaignit fort peu. Les jours suivants il ne survint aucun accident imprévu. Le testicule devient un peu plus gros et plus dur que celui du côté opposé; il est plus rénitent, plus tendu. Il se fit un épan-

chement très-léger dans la tunique vaginale et le tissu cellulaire de ce côté du scrotum devient œdémateux. Les téguments compris entre chaque aiguille furent surtout le siége de cet œdème, avec un peu de rougeur et de chaleur autour des fils constricteurs. La sensibilité des parties ne semble pas plus vive, même au toucher. Le malade mange la demi-portion. Les fils et les aiguilles tombèrent le quinzième jour, après avoir coupé tous les tissus qu'ils étreignaient. Les petites plaies qui résultent de leur action suppurent médiocrement ; elles sont dans les plus excellentes conditions de cicatrisation prompte. Le 16 août, près d'un mois depuis l'opération, on constate que la sérosité épanchée, soit dans la tunique vaginale, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'est résorbée ; le testicule a recouvré sa consistance et sa grosseur ordinaires ; l'épididyme et le cordon ne sont le siége d'aucune trace d'engorgement. Les veines qui ont été coupées forment des noyaux d'engorgement nets, circonscrits ; leur consistance devient plus molle chaque jour, et on peut assurer que la résorption les aura bientôt fait disparaître presque totalement.

Stomatite pseudo-membraneuse. — Le fait suivant, observé à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Jadelot, est remarquable en ce sens que la maladie dont il est question, si fréquente dans le jeune âge, présente rarement autant de gravité que dans le cas actuel, et cède plus facilement au traitement employé. Il s'agit d'une petite fille de dix ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, à part deux fièvres exanthématiques (rougeole et scarlatine) qui ont eu peu de gravité. Quatre jours environ avant son entrée à l'hôpital, sans cause connue, elle se plaignit d'une sensation de chaleur et de douleur dans la bouche, augmentant lorsqu'elle mangeait. On y fit peu d'attention pendant les premiers jours ; mais enfin la mère, regardant dans la bouche, aperçut un assez grand nombre de petites plaques circonscrites, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à la largeur d'une grosse lentille, sur la face interne des joues, sur les gencives et les bords de la langue ; plus confluentes à droite qu'à gauche. Le lendemain, à la visite, le visage est un peu rouge, animé, les yeux larmoyants. La petite malade pleure et se plaint de douleurs dans la bouche, et principalement sous le cou. Ce n'est qu'avec peine qu'on peut lui faire ouvrir la bouche pour en examiner l'intérieur. La face interne des lèvres, des joues, des gencives et les bords de la langue sont rouges, gonflés et parsemés çà et là, mais principalement dans la moitié droite de la cavité buccale, de petites exsudations blanchâtres, de forme et de grosseur diverses. L'haleine exhale une odeur assez fétide. Gonflement considérable des ganglions sous-maxillaires,

qui sont douloureux au toucher. Pouls à 80. Rien du côté des autres organes. M. Jadelot prescrit : mauve sucrée, gargarisme avec la décoction de racine de guimauve tiède, bains de pieds, cataplasmes autour du cou, diète.

Pendant deux jours, ce traitement n'améliore pas l'état des choses. Les plaques blanches persistent sur la muqueuse buccale, qui est toujours gonflée et rouge. Sangsues au cou, trois de chaque côté, au-dessous des angles de la mâchoire ; diète. Amélioration sensible quant au gonflement et à l'endolorissement des ganglions ; mais l'état de la bouche ne devient pas plus satisfaisant, et les plaques pseudo-membraneuses, loin de diminuer d'étendue, deviennent plus larges et plus confluentes, mais elles sont limitées à l'isthme du gosier. Gargarismes émollients. Le septième jour, état plus grave encore de la muqueuse buccale. Le boursouflement en est tel, que les dents ont laissé leur empreinte sur les côté de la langue, qui est tuméfiée et ne sort que difficilement. Les plaques sont plus larges, d'un gris brunâtre environné d'un cercle rouge violet un peu saillant. Pouls à 96-100. Mêmes boissons et gargarismes ; 4 sangsues au cou, cataplasmes. Le dixième jour, le mouvement fébrile a diminué, le gonflement et la rougeur de la membrane buccale sont moindres, les plaques commencent, dans certains points, à perdre de leur adhérence et à se détacher vers leurs bords. Gargarisme avec miel rosat ; cautérisations légères des plaques avec l'acide chlorhydrique. A partir de ce moment, amélioration progressive. Le topique, appliqué cinq à six fois par jour sur les points de la muqueuse recouverts de l'exsudation diphthéritique, ont amené rapidement un décollement presque complet de ces plaques, et une modification rapide de l'état de la muqueuse elle-même. L'enfant a repris sa gaieté et demande à manger. La convalescence est franche.

Diabète sucré. Réflexions sur son traitement. — A l'Hôtel-Dieu, service de M. Chomel, est couché un homme de cinquante-sept ans, ciseleur et fondeur en cuivre, qui se trouve très-fréquemment, et pendant de longues heures, exposé à une chaleur très-vive, de 70 à 80 degrés quelquefois. La chaleur à laquelle il était exposé était cause qu'il buvait en énorme quantité. Les deux phénomènes de la soif physiologique et la soif morbide ont été confondus ensemble chez ce malade. Cependant, il y a deux mois environ, cette soif devint tellement intense et tellement inextinguible, que le malade finit par s'en apercevoir et y faire attention. Il dit qu'à ce moment, et depuis lors, il ne peut faire la plus petite course sans boire. Il a beaucoup maigri depuis un an. Depuis près d'un mois ses forces ont tellement diminué qu'il n'a pu

continuer ses travaux. Il évalue la quantité de boisson qu'il a prise pendant les jours où la soif le tourmentait le plus, à vingt ou vint-cinq litres environ ; en même temps il rendait une énorme quantité d'urine, près d'un seau, dit-il, dans l'espace de vingt-quatre heures. Au moment de son entrée, ce malade buvait quatre litres de liquide par jour, et rendait six litres d'urine contenant 10 pour 100 de matière sucrée. En ce moment, la quantité de sucre a diminué ; elle n'est plus que de 8 pour 100, et le sujet ne rend plus guère que quatre litres d'urine.

M. Chomel, après avoir rappelé l'inutilité de tous les traitements préconisés contre cette funeste affection, et porté par conséquent un pronostic grave sur ce sujet, a recouru d'abord aux sudorifiques, dont l'emploi paraît en effet très-rationnel. Il a fait prendre au malade des bains de vapeur, de la poudre de Dower ; pour boisson des infusions de bourrache chaudes, et par ce moyen il a obtenu une sensible amélioration, une diminution notable de la quantité de l'urine et de la proportion des principes sucrés. Quelques auteurs ont pensé que l'on devait chercher à modifier l'action des reins. En vertu de cette idée, qui présente du reste quelque chose de satisfaisant à l'esprit, on a essayé d'administrer aux malades une certaine dose de cantharides. M. Chomel a fait mettre dans un julep une goutte de teinture de cantharides, dose qu'il augmentera peu à peu, si le malade la supporte facilement, et si l'urine se modifie dans sa composition et dans sa quantité. Enfin, il pense que l'on peut, en désespoir de cause, recourir aux balsamiques, à la térébenthine, au copahu, lorsque tous les moyens précédents ont échoué.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BELLADONE *(De l'emploi extérieur de l'extrait de) comme fondant, dans les ganglionites, les adénites et surtout dans l'épididymite.* On a préconisé un grand nombre de moyens contre les maladies dont le titre précède, moyens locaux et généraux, internes et externes, depuis les simples frictions jusqu'aux moyens chirurgicaux les plus hardis. Il se passe peu d'années sans que quelque médication nouvelle surgisse, accompagnée d'un nombre plus ou moins considérable de faits à l'appui. Cette recherche incessante prouve incontestablement une chose, c'est que le bon moyen n'est pas encore trouvé. Le praticien sincère et de bonne foi avouera, en effet, qu'il est fort difficile d'empêcher d'aboutir un bubon qui tend à la suppuration, comme de juguler une orchite. M. le docteur Philippe, chirurgien de l'hôpital militaire de Bordeaux, est à peu près de notre avis relativement aux moyens connus ; mais lui aussi s'est mis en quête d'une médication nouvelle dont il vante l'efficacité. Son moyen à lui c'est l'extrait de belladone en frictions. Il lui trouve les avantages suivants, surtout dans l'épididymite : il apaise les douleurs, est d'une application facile ; il peut être administré dans les premiers jours de l'invasion de la maladie, de préférence aux

autres fondants, qui ne sont applicables que plus tard; enfin, en portant ses effets sur les agents plastiques de la tuméfaction (système sanguin et nerveux), il arrête la tendance des tissus à la désorganisation, prévient le sarcocèle, l'hydrocèle, qui sont la suite des épididymites prolongées.

La dose employée par M. Philippe est d'une partie d'extrait pour trois parties d'axonge. Ordinairement on fait des frictions de 2 grammes sur l'organe malade, deux fois par jour, une le matin, l'autre le soir. La durée de la friction est de cinq minutes environ. Lorsque dans les premiers jours la douleur est encore assez intense, on peut l'allier au cataplasme, pour l'employer ensuite seul; si, à cette dose, l'effet est un peu lent, on l'augmente; on met parties égales d'extrait et d'axonge; on pourrait même aller plus loin; mais cette dose n'a jamais été dépassée à l'hôpital militaire de Bordeaux par M. Philippe, la première ayant toujours suffi.

Le travail que nous analysons est suivi de quelques observations que nous devons faire connaître en partie, pour mieux faire juger la valeur de la médication proposée par M. Philippe.

Orchite syphilitique. Un militaire entre à l'hôpital le 15 novembre, présentant une épididymite consécutive à une gonorrhée. Celle-ci, qu'il avait depuis trois mois, a cessé pour faire place à l'engorgement testiculaire, qui a deux jours d'invasion. Le testicule est très-gonflé et extrêmement sensible; il est de la grosseur du poing et offre de l'hydrorchite. Le 16, la pommade de belladone a été administrée sans être précédée des antiphlogistiques. Le 24, toute tuméfaction est dissipée, et l'emploi de l'extrait est abandonné.

Orchite traumatique. Un militaire entre à l'hôpital le 7 septembre étant affecté d'une orchite traumatique gauche depuis quelques jours. Le gonflement du testicule est assez considérable, sa sensibilité notablement augmentée; il y a induration de l'épididyme. La marche est pénible. La pommade de belladone est appliquée immédiatement deux fois par jour, comme à l'ordinaire, sans en faire précéder l'usage de l'emploi des antiphlogistiques. Le 11 septembre guérison.

Bubons vénériens. Un militaire entre à l'hôpital le 21 septembre, porteur d'ulcères à la verge, ainsi que d'un bubon du côté droit. Le volume de la tumeur était médiocre, la douleur peu intense. La pommade de belladone est appliquée seule le 22, à la même dose et de la même manière que pour les orchites. La résolution se fait aussitôt, et le malade peut sortir le 28 entièrement guéri. Un autre militaire est affecté d'urétrite, d'un ulcère à la verge et de bubon. Il entre à l'hôpital le 2 novembre. On couvre le bubon de cataplasmes émollients. Comme il reste encore du gonflement et de l'induration d'une manière assez marquée, on applique la belladone le 13 novembre; le 14, la douleur est diminuée ainsi que le gonflement. Les symptômes s'amendent en peu de jours, et ce militaire sort le 4 décembre sans conserver aucune trace de sa maladie.

Ces observations sont trop peu nombreuses, sans doute, pour porter un jugement définitif sur ce moyen; mais comme il paraît exempt d'inconvénients, nous n'éprouvons aucune répugnance à l'indiquer aux praticiens. (*Gaz. des Hôp.*, n° 67, 1844.)

BLENNORRHAGIE *(Du mode d'action du baume de copahu et du cubèbe dans la)*. Si l'influence du baume de copahu et du poivre cubèbe dans la blennorrhagie est généralement reconnue, les dissidences sont grandes et profondes sur la nature de l'action qu'exercent ces deux médicaments. Les uns, et c'est le plus grand nombre, leur attribuent une action spéciale et jusqu'à un certain point spécifique sur les écoulements blennorrhagiques. Les autres veulent qu'ils n'agissent qu'à la manière des simples révulsifs, comme des purgatifs drastiques, exerçant néanmoins une action particulière inconnue aux autres médicaments de cette classe. Pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard, M. Jaquetant, interne de M. Diday, chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, et M. Diday lui-même ont tenté quelques essais comparatifs dont voici l'exposé sommaire. Ils ont soumis un certain nombre de malades blennorrhagiques à l'influence du copahu administré par la surface cutanée et par la surface bronchique, au moyen de fumigations. Les malades ont guéri, mais beaucoup plus tardivement que ceux qui ont pris la potion de Chopart ou un

opiat dont il sera question plus bas. Convaincus que c'est par son action purgative qu'agit surtout le copahu, les auteurs cherchèrent à augmenter cette action par l'additiun de quelques drastiques, et ils se servirent de l'opiat suivant :

Baume de copahu.	12 gramm.
Poivre cubèbe.	18 gramm.
Poudre de jalap.	3 gramm.
Gomme gutte.	3 décigr.
Sirop de roses pâles.	q. s.

pour faire un opiat que l'on prend en deux fois dans la journée.

Vingt malades ont été soumis à l'emploi de co composé et ont guéri assez rapidement.

Alors, pour apprécior la véritable influence des drastiques ajoutés aux antiblennorrhagiques, M. Diday a supprimé le copahu et le cubèbe de cet opiat, ot a seulement administré à trois malades le jalap et la gommo gutte. Malgré un effet purgatif énergique, la blennorrhagie n'a été nullement modifiée. M. Diday conclut donc que si l'association des purgatifs aux antiblennorrhagiques est uno chose utile, co n'est point à cux cependant quo doit être rapporté l'honneur de la cure, et que le baume de copahu et le cubèbe ont ici une influence directe et spéciale que les purgatifs activent seulement.

Nous ne nous inscrivons pas absolument contre cette conclusion; seulement nous ferons remarquer que les guérisons obtenues par l'emploi seul du copahu ou du cubèbe sont si nombreuses et si fréquentes, que l'utilité do leur association aux purgatifs drastiques ne nous paraît pas très-évidemment démontrée. A l'expérieuce de M. Diday, il manque un terme de comparaison ; c'est celui qu'il aurait pu établir avec l'emploi du copahu seul ou associé au cubèbe. Quo les purgatifs ne guérissent pas la blennorrhagie, peu do praticiens en doutent ; que le copahu uni aux purgatifs ait une action favorable sur la maladie, nous le voulons bien ; mais que le copahu seul ne procure pas des guérisons aussi certaines et aussi nombreuses, c'est ce que nous contestons. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet 1844.)

CATARACTE (*Généralités sur les deux procédés d'opération de la*). *Abaissement*, *extraction*. Longtemps divisés sur le choix de la methode pour l'opératlou de la cataracte, les chirurgiens se sont presque tous aujourd'hui ralliés à celle de l'abaissement. Au milieu de ce consensus général, un seul, dont le nom fait à juste titre autorité dans la science, est demeuré fidèle aux premiers enseignements de sa jeunesse. Depuis ses premiers essais à l'hôpital Beaujon jusqu'à sa prise de possession de la chaire de clinique de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, M. Roux n'a pas cessé de combattre en faveur de la méthode par extraction; cette persévérance si courageusement soutenue malgré de nombreuses et vives attaques, émane d'une conviction inébranlable que le temps et l'expérience ont consacrée; aussi quand M. Roux expose ses vues pratiques sur la cataracte, son diagnostic, et son traitement, il ne peut manquer de vivement solliciter l'attention. C'est ce qu'il vient de faire dernièrement encore dans uno leçon très-remarquable, dont nous allons reproduire les points les plus marquants. Sous le rapport exclusivement pratique, il existe dans l'histoire de la cataracto des faits qui sont généralement négligés dans les livres dogmatiques : ainsi il arrivo que des malades soumis à l'opération la plus régulièrement faite ne distinguent pas plus les objets extérieurs qu'auparavant, et cependant les accidents consécutifs ont été nuls, et les milieux de l'œil sont clairs et transparents. Suivant M. Roux, ce fait dépend de la configuration du corps vitré; pour que l'œil acquière l'achromatisme naturel après l'enlèvement du cristallin, il est nécessaire que le corps vitré change de forme, c'est-à-dire quo de concave qu'il est en avant pour loger la lentille cristallino, il devienne convexe, pour remplacer pour ainsi dire cette lentille. Dans le cas où la concavité du corps vitré est maintenue, la vue ne peut se rétablir, parce que les rayons lumineux en arrivant dans l'œil n'éprouvent pas un mode de réfraction convenable, rencontrant une surface concavo là où dans l'ordre physiologique doit exister une surface convexe. Dans ce cas on perçoit la sensation de la lumière vive et naturello, mais l'image ne se peint pas sur la rétine. Dans le diagnostic de la cataracte il existe une disposition du corps vitré qu'il importe de reconnaître avant de prendre parti pour tel ou tel autre procédé opératoire. M. Roux, avant d'opérer, a coutume de palper avec soin le globe oculairo. L'expé-

rience lui a appris que le degré de densité des divers milieux de l'œil modifiait notablement la consistance de cet organe. Or, suivant lui, une dureté exagérée indique très-souvent un état anémique des milieux de l'œil; c'est alors que les malades sont exposés à voir des flammes, des étincelles, des éclairs; ce sont autant de mauvais signes pour l'état de l'œil. D'autre part, quand le globe oculaire présente une mollesse anormale, cela prouve que la membrane hyaloïde et le corps vitré sont doués l'une d'une minceur extrême et l'autre d'une fluidité plus grande qu'elle ne devrait être. La conséquence pratique de ces circonstances, c'est que lorsque l'on doit opérer une cataracte sur un œil à consistance ordinaire, convenable, la méthode par extraction offre plus de chances de succès; tandis que si l'œil offre au doigt un degré de mollesse exagérée, il y aurait à craindre, dans la même opération par extraction, que le corps vitré s'écoulât par l'ouverture de la cornée. Dans ce cas seulement et par exception, M. Roux recommande l'abaissement. Abordant ensuite la question d'opportunité si souvent et si contradictoirement débattue, le professeur formule de la manière suivante son opinion : « Ce serait, dit-il, une conduite peu sage et inhumaine que celle d'un chirurgien qui opérerait une cataracte non encore parfaitement mûre, car il soumettrait son malade à une opération très-souvent inutile alors. » M. Roux, à cette autre question : Faut-il opérer les deux yeux en même temps, la cataracte étant mûre? répond par l'affirmative. Quand on opère ainsi de deux côtés, il y a l'espoir fondé qu'on réussira au moins d'un côté, tandis qu'en opérant un œil seul d'abord, et l'autre plus tard, il y a à craindre que les accidents consécutifs à l'opération ne deviennent funestes aux deux yeux successivement. Si maintenant nous suivons l'auteur dans l'examen comparatif des deux méthodes, abaissement et extraction, nous trouverons qu'on peut l'établir sous plusieurs rapports : 1° sous le rapport de l'exécution; 2° sous celui des accidents immédiats; 3° et sous le rapport des résultats qu'on en obtient. Quant au premier chef, M. Roux est d'avis que l'extraction est incontestablement plus difficile que l'abaissement. Il faut, pour que les résultats de l'extraction soient favorables, que celle-ci ait été exécutée avec une grande précision. Dans l'abaissement le manuel est si simple que tout chirurgien tant soit peu exercé aux opérations, peut facilement l'exécuter. Le professeur convient aussi que les accidents immédiats peuvent être plus graves par l'extraction si elle n'est pas faite par une main habile, si l'opérateur n'est pas secondé par des aides intelligents et attentifs, et surtout si le malade lui-même ne s'y prête pas avec patience et bonne volonté. La lésion de l'iris, qui peut avoir lieu aussi bien par l'une que par l'autre des deux méthodes, n'a pas toujours des suites aussi graves qu'on pourrait se le figurer; souvent même elles sont presque nulles, et l'organe recouvre bien ses fonctions. On a beaucoup exagéré, suivant M. Roux, le danger qui résultait de l'écoulement de l'humeur vitrée au dehors; bien souvent il ne donne lieu à aucune suite fâcheuse. Il dit avoir observé cet écoulement des centaines de fois, et assez souvent l'issue de l'opération n'en fut pas moins heureuse. Dans la méthode par abaissement, tous les chirurgiens ont signalé comme un accident fréquent la réascension du cristallin; la maladie réclame alors une nouvelle opération : or, ces opérations répétées exposent à des accidents sérieux et à une inflammation violente des parties internes de l'œil. Au reste, pour M. Roux l'inflammation est aussi fréquente à la suite de l'abaissement, méthode pour laquele on fait à l'œil une plaie pénétrante par un instrument piquant qui traverse des parties nerveuses et vasculaires, telle que la choroïde, et conséquemment douées d'une grande sensibilité, qu'après l'extraction. Au surplus, il convient que c'est l'inflammation d'une part, et de l'autre le maintien de la concavité du corps vitré, qui presque toujours sont cause des échecs qu'éprouve cette dernière méthode. Dans l'opération par abaissement, la piqûre faite à la sclérotique et intéressant plusieurs autres membranes très-sensibles, est beaucoup plus grave que la simple incision nette et régulière de la cornée, qui, très-souvent, est fermée au bout de 48 heures. Ainsi il est certain que lors même que le succès a lieu, et que la vision est rétablie par l'abaissement, les opérés ne voient jamais aussi bien, aussi nettement

qu'ils voyaient avant la formation de la cataracte; il semblerait que la sensibilité de la rétine est plus obtuse; ce fait n'est pas démenti par les partisans même de l'abaissement.

Quant aux résultats définitifs des deux méthodes, M. Roux nous apprend que depuis son entrée dans les hôpitaux jusqu'en 1815, il n'a cessé de se livrer à des expériences pratiques et comparées qui ont fait sa conviction : il comptait à cette époque six cents opérations de cataracte, moitié par extraction, moitié par abaissement, et c'est parce que les résultats obtenus par l'extraction furent plus heureux que ceux de l'abaissement, qu'il se décida pour la première de ces méthodes, et qu'ensuite il la généralisa, convaincu qu'il agissait dans l'intérêt des malades. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1844.)

CONJONCTIVITE PAPULEUSE (*Considérations sur la) et son traitement.* S'il était besoin d'une démonstration rigoureuse à l'appui des idées émises par MM. Velpeau et Bérard jeune, dans les dernières séances de l'Académie de médecine, relativement aux divisions pratiquement admissibles dans l'histoire des ophthalmies, et cela contrairement à la théorie unitaire, soutenue par M. le professeur Gerdy, les faits cliniques ne nous manqueraient pas ; nous pourrions en citer un grand nombre. Aujourd'hui nous nous bornerons à fixer l'attention de nos lecteurs sur une forme de conjonctivite qu'il est assez commun de rencontrer. Une jeune fille, couchée au nº 16 de la salle de la Vierge, porte au grand angle de l'œil une plaque rouge, occupant environ le tiers de la sclérotique. Cette plaque est fort apparente; elle est composée de vaisseaux arborescents, comme dans la conjonctivite générale; sa portion la plus large est du côté de la cornée, et l'on peut s'assurer qu'elle n'a son siége ni dans cette dernière membrane complétement saine, ni dans la sclérotique : car d'une part la vision est intacte, et de l'autre la plaque est mobile, se déplace, ce qui suffit pour faire juger qu'elle siege sur la conjonctive. C'est là pour M. Velpeau un exemple frappant de conjonctivite partielle à forme papuleuse. Dans cette variété de conjonctivite on observe ordinairement une tache grise, blanche ou rosée, d'un ou deux millimètres d'étendue, tantôt conique, surtout quand elle apparaît, puis se déprimant ensuite; ce sont ces papules qui ont imposé le nom à la maladie : il y a en général autant de papules qu'il y a de plaques.

Ce sont ces taches que certains oculistes ont prises pour des ulcérations, et cette erreur est assez facile, parce que les papules présentent, comme nous l'avons dit, un aspect déprimé qui peut en imposer pour une ulcération : mais il arrive là ce qui arrive pour les aphthes, ce sont les tissus voisins qui se gonflent, et non le siége du mal qui se déprime. Autour de la papule, le tissu sous-conjonctival se boursoufle. Etudiées sous le rapport du siége, ces papules occupent tantôt la conjonctive seule, tantôt la cornée, et d'autres fois la conjonctive et la cornée en même temps. La conjonctivite partielle, papuleuse, ne se comporte pas de la même manière que la conjonctivite générale; très-souvent d'abord elle reste partielle; quelquefois elle gagne la conjonctive entière. Elle dure de 8, 10, à 15 jours, mais souvent elle est tenace et beaucoup plus rebelle que la conjonctivite générale. La solution de nitrate d'argent ne réussit pas très-vite dans cette variété ; la cautérisation directe de la papule avec le crayon de nitrate d'argent produit de bien meilleurs résultats : une fois la papule convenablement touchée avec le caustique, le plus souvent la maladie s'arrête et la résolution commence. (*Gaz. des Hôp.*, juillet, 1844.)

CONJONCTIVITES PURULENTES (*De la thérapeutique des*). Plus une maladie offre de gravité, plus il importe de fixer l'attention sur la nature et l'efficacité des agents thérapeutiques mis en usage contre elle. De toutes les inflammations de l'œil, il n'en est pas de plus redoutable que la conjonctivite purulente ; aussi a-t-elle fixé de tout temps l'attention des chirurgiens qui ont, dans ces dernières années surtout, proposé pour la combattre un grand nombre de remèdes. Cherchons donc, pour bien apprécier la valeur de chacun d'eux, ce que l'enseignement clinique nous apprend, et laissons parler un professeur habile, M. Velpeau, qui s'est beaucoup occupé de ce point de pathologie. La médication des conjonctivites purulentes comprend deux ordres de moyens,

les uns généraux, les autres locaux. Les premiers sont les évacuations sanguines locales et générales. La saignée a été mise en usage contre cette affection d'une façon tout à fait inaccoutumée; des médecins anglais parlent de vingt saignées successivement faites par eux dans le cours de la maladie; l'un d'eux va jusqu'à dire qu'il a pu tirer *quarante livres* de sang. Cette énergique médication, de l'aveu même de ceux qui l'ont préconisée, n'a pas empêché les malades de perdre la vue, et, pas plus que les sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes, elle n'atteint le principe virulent, élément capital dont la destruction peut seule amener la guérison.

Nous en dirons autant des purgatifs et du calomel, que l'on a particulièrement conseillé; il en sera de même de la térébenthine, du colchique, du camphre, etc. En résumé, les médications générales ne suffisent pas dans les conjonctivites purulentes, et sous cette dénomination, M. Velpeau comprend toutes les espèces de conjonctivites, des nouveau-nés, des armées, d'Égypte : il n'y a guère que la conjonctivite blennorrhagique qui se laisse influencer par l'emploi des balsamiques. L'insuffisance des moyens généraux a conduit les praticiens à chercher des résultats plus satisfaisants dans les moyens locaux qui ont été proposés en grand nombre. En première ligne, se présente la cautérisation de la conjonctive enflammée; à cet effet, *Sanson* imagina un anneau porte-caustique assez large pour que la cornée ne fût point atteinte par la cautérisation. Il associait à ce moyen l'excision du tissu enflammé. Plus de malades ainsi traités perdirent la vue, qu'il n'y en eut qui la conservèrent. Nous ne dirons rien de toutes les pommades et de tous les collyres qui, applicables dans les cas ordinaires de phlegmasie oculaire, sont ici tout à fait insuffisants. On a beaucoup vanté les larges onctions mercurielles associées aux sangsues; mais s'y arrêter longtemps en pratique serait une conduite dangereuse, car pendant que cette médication est mise en usage, les yeux se perdent. Qu'on songe bien à la marche rapide et en quelque sorte foudroyante de cette phlegmasie, et on se convaincra de l'importance qu'il y a à ne pas perdre son temps à tenter une thérapeutique insignifiante et sans énergie; qu'on se rappelle toujours que quand du premier moment on n'emploie pas le moyen qui convient, l'œil est perdu. M. Velpeau conseillait autrefois un liquide mucilagineux composé de 120 grammes d'eau de guimauve et additionné de 4 grammes de calomel : aujourd'hui il a renoncé à ce moyen à l'aide duquel il n'a pu guérir que quelques ophthalmies blennorrhagiques : il en est de même du calomel porté en poudre dans l'œil. Plusieurs médecins ont employé le sublimé à la dose de 1 à 2 décigrammes pour 30 grammes d'eau. Ce moyen, qui exige pour son administration de grandes précautions, n'a pas paru jouir d'une action résolutive plus marquée. Il résulte de là que de tous les remèdes proposés, le nitrate d'argent est celui qui exerce une influence plus marquée sur ces conjonctivites; il est vrai de dire cependant que certaines personnes s'en tiennent encore de préférence à l'excision de la conjonctive. M. Velpeau rejette cette dernière pour plusieurs raisons; la première, c'est qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de pratiquer cette excision dans tous les points où la membrane devrait être enlevée; le boursouflement des paupières rend compte de cette difficulté. Une seconde raison, c'est qu'en supposant qu'on parvînt à exciser suffisamment, cela n'empêcherait nullement le reste de la conjonctive de continuer à être le siége de l'inflammation; la cornée pourrait donc se prendre, et l'œil être perdu. Enfin la dernière raison est que par l'excision on ne détruit pas la virulence, ce principe qui fait la gravité de l'affection.

Le nitrate d'argent, qui est aujourd'hui le médicament le plus généralement adopté, s'emploie à des doses très-variées : les Anglais s'en servent à 8 ou 10 grammes pour 30 grammes d'eau. Quelques praticiens usent du nitrate d'argent en crayon tel qu'on le trouve dans les trousses. Ce mode d'administration a quelque chose de formidable; aussi quelques praticiens distingués ont-ils pensé qu'il pouvait amener la perte de la vue : cette question est restée douteuse pour M. Velpeau, aussi veut-il qu'on se fasse une loi de marcher progressivement. Il commence par une solution à 1 gramme pour 30 grammes d'eau. Toutefois si la maladie est intense, il vaut mieux cau-

tériser avec le crayon d'azotate d'argent. Mais si les paupières ne pouvaient pas être conservées ni écartées, on se servirait de la solution, que l'on ferait parvenir à l'intérieur de l'œil au moyen d'une petite seringue en verre à siphon mousse. Quand on a employé la solution, il convient de revoir le malade dans la journée même, afin que si la purulence continue toujours à faire des progrès, on cautérise de nouveau et plus énergiquement. Si la purulence est moindre, on diminue les doses du nitrate d'argent, et la maladie étant arrêtée, on redescend à 2, 1 décigramme, cinq centigrammes pour trente grammes d'eau. Mais en faisant la part très-grande sans doute de la cautérisation dans le traitement de la conjonctivite purulente, il ne faut pas perdre de vue les autres moyens généraux : ainsi, le sujet est-il jeune, robuste, la saignée et les sangsues seront prescrites : si l'ophthalmie est blennorrhagique, on associera au traitement le copahu et le cubèbe. Si le malade n'est pas très-vigoureux, on appliquera des ventouses sèches, scarifiées. Enfin les purgatifs énergiques, la coloquinte, l'huile de croton-tiglium, seront encore utiles *toutes* les fois que la conjonctivite ne sera pas blennorrhagique. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1844.)

COQUELUCHE (*Emploi de l'alcali volatil dans le traitement de la*). Quoique les quatre observations publiées par M. Levrat-Perroton ne présentent pas tous les détails qui paraissent nécessaires pour apprécier la valeur d'une médication, nous donnerons cependant la formule employée par ce praticien, car son emploi a été suivi de succès, et tout le monde sait combien le succès est rare dans la coqueluche, et combien sont nombreux les moyens préconisés contre cette affection. Voici la formule de M. Levrat-Perroton:

Eau distillée de laitue,	125 gramm.
— — de fleurs d'oranger,	8 gramm.
Sirop de pivoine,	30 gramm.
— de belladone,	8 gramm.
Ammoniaque liquide,	6 gouttes.

Mêlez. A prendre par cuillerée, d'heure en heure. (*Revue médicale*, juin 1844.)

EXTIRPATION DE L'ŒIL (*Nouveau procédé pour l'*). C'est surtout pour les cas de cancer de l'œil que l'on pratique l'extirpation de cet organe : il y a quelques années, la méthode opératoire employée était la même à toutes les périodes de la maladie; les procédés seuls étaient différents, mais leur but commun était l'extirpation complète de toutes les parties contenues dans l'orbite. Cette opération était grave, et avait des suites fort longues. Aujourd'hui il est rationnel de remplir l'indication fournie par la nature de la maladie, et surtout par le degré de développement qu'elle a acquis : lorsque le globe oculaire et les graisses de la cavité orbitaire ont été envahies par le cancer, il n'est pas douteux que l'ancienne méthode ne soit la seule applicable ; mais si le mal est borné au globe de l'œil, on doit choisir un procédé tel que l'organe affecté seul soit enlevé : on verra dans l'observation suivante comment M. Bérard a rempli cette indication. Le 18 mai, la nommée Henriette, âgée de huit ans, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean. Il y a huit mois, dit la mère, que l'enfant eut les yeux rouges ; cette rougeur, accompagnée de photophobie, était plus vive à droite qu'à gauche; de ce côté elle disparut promptement. L'œil droit resta photophobe, perdit la faculté visuelle et devint le siége de douleurs lancinantes qui s'irradiaient sur la tempe et sur le front. La santé générale s'altéra, la jeune fille maigrit. Il y a six mois qu'il se développa au côté externe et supérieur de la cornée une petite tumeur qui fut incisée. Cette incision ne l'empêcha pas d'augmenter. Actuellement il existe au côté externe et supérieur de la sclérotique une tumeur arrondie, du volume d'une grosse noix; à surface granuleuse, d'une coloration vineuse; elle semble surajoutée au globe oculaire qui ne paraît point augmenté de volume. Les douleurs sont peu vives; la cornée et l'iris sont encore existants. L'œil libre dans ses mouvements est porté cependant vers l'angle interne, la conjonctive est variqueuse, les paupières peu tuméfiées laissent sortir la tumeur entre leur commissure; cette tumeur n'a jamais été le siége d'aucune hémorrhagie. Considérant l'état général de la malade, l'absence de tout écoulement de sang et surtout la mobilité du globe oculaire, M. Bérard pensa que le cancer dont cette jeune fille était évidemment atteinte, n'é-

tait pas encore arrivé à sa troisième période, que le tissu cellulaire de l'orbite était par conséquent en dehors de la sphère d'activité du mal, exclusivement limité à l'œil lui-même, et qu'il suffirait d'enlever cet organe seul pour emporter le cancer en totalité. L'opération fut pratiquée le 25 mai de la manière suivante. Le globe oculaire étant trop volumineux pour sortir par la fente des paupières, le chirurgien incisa la commissure externe de celle-ci, et comme le côté interne de l'œil paraissait plus résistant, il le fit saisir par une érigne. Puis, soulevant avec des pinces la partie de la conjonctive qui répond à l'angle interne, il la coupa: il introduisit alors le crochet mousse, coupa le muscle droit interne supérieur; l'œil se trouva ainsi isolé, excepté en dehors: alors le faisant basculer, il fut facile de couper ses autres muscles ainsi que le nerf optique. Cette opération fut promptement exécutée et la malade ne parut pas souffrir beaucoup. Le pansement consista en compresses trempées dans l'eau froide et fréquemment renouvelées. Le résultat fut très-heureux: la commissure externe incisée s'est réunie par première intention: la cicatrice est peu apparente; les paupières aplaties bouchent l'ouverture de l'orbite.

Le malade soulève mais faiblement la paupière supérieure: les muscles de l'œil se sont réunis, c'est-à-dire que le cercle fibreux sur lequel ils se réfléchissent avant de s'insérer à l'œil, s'est affaissé selon son diamètre vertical, ce qui fait que les circonférences supérieure et inférieure étant en contact, il y a eu entre elles agglutination. Le moignon peut exécuter des mouvements de haut en bas et de dedans en dehors. La suppuration a été nulle, les larmes continuent à couler par le canal nasal. L'opération pratiquée par M. Bérard est celle qui avait été proposée par M. Bonnet de Lyon, d'après ce que lui avaient appris des recherches sur les muscles de l'œil, savoir, que cet organe n'est pas en contact avec les graisses de l'orbite, qu'il en est séparé par une capsule fibreuse, ouverte en avant, dans laquelle il se meut; que cet organe peut être enlevé par la section seule du nerf optique, de la conjonctive et des tendons des muscles qui s'insèrent à sa surface. Déjà cette opération a été mise deux fois en pratique par MM. Flaber et Cunier. On remarquera qu'elle ne convient pas à toutes les périodes du cancer oculaire, et que s'il avait envahi l'orbite, il serait nécessaire de recourir à un autre procédé. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1840.)

FISSURE A L'ANUS (*Remarques sur les causes et le traitement de la*). Dans l'état pathologique particulier que les auteurs ont généralement décrit sous la dénomination de fissure anale, l'affection principale est le resserrement spasmodique des sphincters; pour s'en convaincre il suffit de rappeler que tous les accidents attribués à la fissure cessent par l'incision de ces muscles constricteurs, sans qu'il soit nécessaire de porter sur la fissure elle-même l'instrument tranchant. La méthode de traitement prescrite par Boyer et adoptée par son école est trop bien connue pour qu'il soit nécessaire d'y insister; cette méthode, M. le professeur Gerdy-la croit, avec raison suivant nous, inutile le plus souvent, et des faits nombreux lui ont appris à guérir la maladie dont il s'agit par des moyens tout à fait inoffensifs.

Augustine Poisson, âgée de dix-huit ans, couturière, entre à la Charité le 9 février 1844. Depuis quelques années elle portait à l'anus des tumeurs hémorrhoïdales, et perdait du sang en assez grande quantité pendant les efforts de la défécation. Au commencement de janvier elle entra à l'hôpital Cochin, où on lui excisa ses tumeurs hémorrhoïdales. Depuis, elle a éprouvé beaucoup de douleurs à l'anus, douleurs qui augmentent par les efforts de la défécation, et qui sont assez vives pour décider la malade à venir de nouveau à l'hôpital pour y réclamer les secours de l'art. Le jour de son entrée, nous la trouvons dans l'état suivant: on ne voit aucune tumeur dans les environs de l'anus; mais le sphincter est fortement contracté, et l'orifice anal tellement rétréci, qu'il ne permet plus l'introduction du petit doigt. Si l'on veut insister pour arriver dans le rectum, le doigt éprouve de la résistance, une constriction remarquable, et la malade se soustrait aux tentatives en poussant des cris déchirants. On ne trouve ni fissure, ni trajet fistuleux. Depuis cinq ou six mois, la malade est en proie à une constipation opiniâtre; elle est quelquefois quinze jours sans aller à la

selle; quand elle veut s'acquitter de ce pénible besoin, elle éprouve les douleurs les plus vives, beaucoup de chaleur et de cuisson; les douleurs se prolongent pendant plus d'une heure après la défécation. Dans l'intervalle, elle souffre beaucoup moins, elle n'accuse que des démangeaisons et des picotements. Elle refuse de prendre des aliments solides, afin de prévenir, dit-elle, des tortures qu'elle ne peut endurer plus longtemps. Elle ne peut rester assise sans augmenter ses douleurs; et quand elles sont à leur comble, elle reste immobile et ne veut faire aucun effort. (Eau de Sedlitz; suppositoire belladoné). Le 11, elle a été cinq ou six fois à la garde-robe; la première a été extrêmement douloureuse, les autres l'ont été beaucoup moins. Le 14, elle est beaucoup mieux. Les jours suivants, on a la précaution de provoquer assez fréquemment l'expulsion des matières fécales; ce qui soulage la malade à un tel point, qu'elle croit être déjà guérie.

Le 1er mars elle va à la selle sans le secours des purgatifs; elle ne souffre plus. Le 13, tout est rentré dans l'état normal; la malade sort en nous témoignant sa reconnaissance pour lui avoir épargné une opération qu'elle croyait nécessaire. Cette observation doit fixer l'attention des praticiens; elle renferme un moyen de plus à ajouter à tous ceux que l'on a proposés dans ces derniers temps pour guérir les fissures à l'anus sans opération, et il sera bon d'y recourir avant de faire jouer le bistouri, dont l'action est suivie bien souvent d'un résultat très-peu satisfaisant. (*Journ. des Connaiss. Méd.*, juin 1844.)

FISTULE VÉSICO-VAGINALE. (*Nouvelles observations sur le traitement de la*). L'incertitude qui règne sur la curabilité des fistules vésico-vaginales, et les nombreuses controverses auxquelles a donné lieu cette question importante de chirurgie, nous engagent à recueillir tous les faits de nature à en avancer la solution, et à encourager le praticien dans des tentatives qui peuvent ne pas toujours être frappées d'insuccès. Premier cas. Janet Shydress, femme de trente ans, entra à l'infirmerie royale d'Aberdeen le 4 février 1840 : elle se plaignait d'une douleur vive et permanente dans la région de la vessie, et d'un écoulement continuel d'urine par le vagin. En 1831, accouchement à l'aide du forceps, après quarante-huit heures de douleur; quatre jours après, écoulement subit d'urine par le vagin. Depuis, trois accouchements successifs eurent lieu naturellement. Jusqu'en 1839, impossibilité de retenir les urines : à cette époque, la femme Janet introduisit un bouchon qui ferma l'ouverture artificielle. L'urine coula encore par le vagin; mais la plus grande partie put être expulsée par l'urètre. Au mois de mai 1839, le bouchon glissa dans la vessie, où il ne causa d'abord d'autre inconvénient que le retour complet de l'urine par le conduit accidentel; plus tard, il détermina les symptômes habituels des calculs vésicaux. Pendant que ces derniers symptômes s'aggravaient, la malade recouvra la faculté de retenir son urine, au point qu'avant la fin de l'année, l'expulsion de ce liquide se faisait entièrement par l'urètre. Depuis quinze jours, besoin incessant d'uriner, irritation vive de la vessie et écoulement de l'urine en partie par le trajet accidentel, et en plus grande quantité cependant par l'urètre. A l'examen, on reconnut à un pouce et demi en arrière du méat urinaire une ouverture capable d'admettre un cathéter n° 16, et communiquant directement avec la vessie. Une pierre volumineuse existait dans la vessie. Du 5 février au 6 mars, le calcul fut broyé ainsi que le bouchon; les fragments de l'un et de l'autre furent complétement enlevés. La malade quitta l'hôpital; l'urine s'écoulait entièrement par la fistule. Le 29 mai, elle revint à l'infirmerie; ce jour-là, le vagin étant tenu ouvert à l'aide du spéculum, on appliqua le bouton d'un cautère actuel, chauffé à blanc, sur l'orifice de la fistule, de manière à produire une eschare qui en oblitère l'orifice. Jusqu'au 3 juin, il ne s'écoula pas d'urine par la fistule; ce jour-là, l'écoulement ayant reparu, la cautérisation fut de nouveau pratiquée; le 20 juin et le 12 juillet, autres cautérisations, toujours dans le même but : à la suite de chacune d'elles, l'urine sortait en plus petite quantité par la fistule. La malade partit pour la campagne, où elle travailla à faire la moisson. Elle revint au mois de décembre, pour dire qu'elle était parfaitement guérie depuis quatre mois. Aujourd'hui, novembre

1843, elle continue à être très-bien. — Deuxième cas. Miss Paterson, âgée de trente-six ans, se plaint que, lorsqu'elle est au lit, dans une position courbée, son urine s'écoule involontairement; tandis que, lorsqu'elle est assise ou qu'elle marche, elle peut la retenir pendant deux heures avec quelque difficulté. Elle fait remonter sa maladie à un accouchement pénible qu'elle lit en mai 1839. En introduisant le spéculum, la pression qu'il exerçait était suffisante pour exprimer une certaine quantité de mucus épais par l'orifice de l'urètre, ce qui montrait que l'urine n'avait point passé par le canal depuis quelque temps. Au côté droit de la ligne médiane et à deux pouces au-dessus du méat urinaire, se voyait une fistule vésico-vaginale très-apparente. Un cathéter fut introduit dans la vessie, et donna passage à l'urine qu'elle contenait. L'orifice de la fistule admettait facilement l'extrémité du petit doigt. Le 25 juillet, l'orifice de la fistule est fortement cautérisé avec le bouton d'un cautère actuel chauffé à blanc; le 29, pas une goutte d'urine ne s'est échappée depuis l'opération. La malade se lève à son heure habituelle, et *sèche* pour la première fois depuis deux ans. A l'examen du spéculum, on voit une ulcération de l'étendue d'une pièce de vingt sous, recouvrant l'ouverture accidentelle. Quelques gouttes d'urine ont transsudé sur les parties poussées avec effort par le spéculum. On applique le cautère de manière à brunir l'ulcération. Le 4 août, depuis la nuit dernière, quelques gouttes d'urine ont passé par la fausse route; et aujourd'hui, bien que la majeure partie soit rendue par l'urètre, cependant, dans les efforts expulsifs, une certaine quantité sort par la fistule. Le 5, on appliqua, pendant deux minutes, le fer chauffé à blanc; le 6, aucun malaise: pas une goutte d'urine par la fistule. Depuis cette époque, il n'y eut aucune récidive; la malade retourna chez elle, et l'auteur a su, plusieurs fois depuis, qu'elle allait parfaitement. (*Edinb. journal, et Archiv. de médecine*, juin 1844.)

GANGRÈNE SÉNILE (*Observation de*) *suivie d'amputation*. Le fait suivant a été recueilli à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service de M. Baudens, par M. Marturé, aide de clinique. Un capitaine en retraite, âgé de soixante-neuf ans, d'une constitution forte pour son âge, entra à l'hôpital le 23 mars 1844, pour une gangrène sénile occupant les deux premiers orteils du pied gauche. Les parties affectées présentent les phénomènes suivants: refroidissement, perte du mouvement et du sentiment, disparition de toute trace d'organisation, coloration noirâtre, dessèchement des tissus vers l'extrémité antérieure des orteils, ramollissement au contraire vers leur racine, odeur caractéristique de la gangrène; engourdissement et sentiment de pesanteur dans le pied, qui, de temps à autre, devient le siége de douleurs assez vives; la mortification occupe toute l'épaisseur des deux orteils; elle n'est bornée par aucun cercle éliminatoire; les parties molles voisines sont pâles, livides, œdématiées, et n'ont éprouvé aucune diminution de chaleur et de sensibilité. Aucun trouble fonctionnel, aucune réaction générale ne viennent compliquer les désordres locaux. — Cette affection est survenue, il y a environ six semaines, d'une manière toute spontanée; elle a débuté par la partie antérieure du gros orteil, et s'est étendue progressivement à la totalité des deux premiers orteils. La cause est l'ossification des artères du membre que l'on constate aux deux signes qui suivent: absence complète de pulsations, et sensation du tube artériel dur, résistant et roulant sous le doigt. Rien d'anormal du côté du cœur; le pouls de la radiale, en général régulier, offre cependant quelques rares intermittences.

M. Baudens, voyant que la gangrène n'est pas bornée, et tenant compte d'ailleurs de l'altération du système artériel, cause du mal, rejette toute idée d'opération, car à la suite la gangrène du moignon est à craindre. Il se borne à des lotions chlorurées. Cependant le mal, progressant toujours, a envahi, au bout de dix jours, le troisième orteil et une partie notable de la face dorsale du pied; les douleurs deviennent plus vives et presque continues. Le malade réclame l'opération. M. Pinel Grand-Champ, qui le voit, est d'avis de ne pas opérer. Vers la fin d'avril, la gangrène a marché vers le côté externe du pied; les douleurs n'ont pas diminué, et le malade réclame de plus en plus l'opération. M. Bé-

gin, appelé en consultation, s'y oppose. A la fin de mai, MM. Amussat et Roux, consultés, sont d'un avis opposé à leurs confrères, et conseillent l'opération. A cette époque, la gangrène, après avoir envahi toute l'épaisseur des cinq orteils et la presque totalité du pied, a de la tendance à se limiter sur certains points par un cercle d'un rouge livide qui se forme lentement. D'ailleurs, pas de réaction générale, aucun trouble dans les fonctions essentielles de la vie.

Fort de l'opinion de MM. Roux et Amussat, M. Baudens se décide à satisfaire au désir du malade, et le 28 mai, il lui pratique l'amputation de la jambe au-dessous du genou, d'après son procédé. Une seule artère a fourni du sang.

Les choses se passent assez bien jusqu'au 1er juin, et la cicatrisation s'opérait favorablement, lorsque la gangrène se déclara au sacrum et au talon du pied droit. Le 5, le malade tousse; il a beaucoup sué la nuit dernière; la fièvre est intense, et une eschare gangréneuse se manifeste au grand trochanter gauche. Les jours suivants, des symptômes de plus en plus graves se manifestent, et le malade succombe le 8 juin.

A l'autopsie, on n'a rencontré que les altérations locales propres à la gangrène sénile, ossification du système artériel qui contenait des concrétions fibrineuses; les veines du moignon sont remplies de caillots très-noirs; leurs parois ne présentaient d'ailleurs aucune trace d'inflammation.

Nous croyons que l'événement a donné raison à l'opinion de MM. Bégin et Pinel Grand-Champ. C'est se placer dans des conditions bien défavorables que d'opérer dans des circonstances pareilles, et pour notre compte, nous n'aurions osé entreprendre aucune opération. (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1844.)

HÉMORRHAGIE (*Sur l'*) *produite par la piqûre des sangsues, et le moyen simple et facile d'y remédier*. Frappé péniblement par un accident arrivé dans sa pratique à la suite d'une application de sangsues, M. le docteur E. Rousseau fit différents essais pour obvier à des dangers trop fréquents, et finalement il s'est arrêté au petit appareil suivant, dont il a obtenu une entière réussite et qui lui paraît devoir suppléer avec avantage tous les moyens connus pour arrêter l'hémorrhagie. L'instrument se compose d'un corps de pompe et d'un piston. Un cylindre en verre fort épais (trois millimètres environ sur huit centimètres de longueur et deux centimètres de diamètre) forme le corps de pompe. L'épaisseur du verre est chose essentielle; ce cylindre ou tube doit être parfaitement droit. Le piston, calibré dans toute sa longueur sur l'intérieur du cylindre, doit jouer assez librement; sa partie inférieure, munie d'un disque en liége solidement fixé à demeure, constitue un frottement doux et rend toute pression moins douloureuse et plus complète; la partie supérieure, destinée à être saisie par les doigts, et tournée convenablement pour cela, forme une tête qui s'adapte au moyen d'un pas de vis sur le corps du piston, creusé lui-même à l'intérieur, et forme ainsi cette sorte d'étui destiné à contenir une poudre hémostatique. Le calibre du cylindre est tel qu'une sangsue de la plus forte taille peut facilement y être introduite: chassée par le piston vers l'orifice inférieur de l'appareil, et pressée au besoin, elle ne peut manquer de mordre là où l'on veut qu'elle prenne. L'espace est trop circonscrit pour qu'elle puisse faire son choix dans une autre place. — L'essentiel étant d'arrêter à volonté l'écoulement du sang causé par la piqûre, on y procède avec le même instrument, en exerçant, suivant le besoin, une plus ou moins légère pression du piston sur la place, soit avec une poudre hémostatique, soit avec du taffetas d'Angleterre par sa face gommée. A cet effet, ayant préparé à l'avance des disques de ce taffetas taillés sur le calibre du tube de verre, on les y introduit sans les humecter, le disque en liége du piston légèrement imbibé d'un corps gras pour éviter toute adhérence, et on les applique à l'aide dudit piston, après avoir étanché aussi bien que possible le sang qui s'échappe de la piqûre. Il suffit d'agir avec promptitude et de faire une pression suffisante dont l'effet, en arrêtant la circulation sur un point donné, est presque toujours certain. Si un seul morceau ne suffit pas, de nouvelles applications circulaires et superposées finissent toujours par atteindre le but proposé.

Ce moyen est si simple et M. Rousseau est un praticien si honorablement connu, que nous n'avons pas

hésité à faire connaître à nos lecteurs le moyen qu'il propose. (*Gaz. des Hôp.*, juill. 1844.)

HERNIE OMBILICALE (*Nouveau bandage pour le traitement chez les enfants à la mamelle de la*). Si la hernie ombilicale est très-commune chez les enfants pendant les deux premières anées de la vie, et s'il est vrai, comme l'expérience le démontre chaque jour, que tous les moyens contentifs conseillés et mis en usage jusqu'alors, sont généralement insuffisants pour maintenir la réduction et s'opposer à la sortie de l'intestin que favorisent l'indocilité et les cris presque continus des enfants, on lira avec intérêt la description suivante du bandage particulier que M. Trousseau emploie depuis deux ans avec succès à sa clinique des enfants. Ce bandage se compose d'une compresse graduée de trois centimètres de longueur sur deux de large, et de cinq millimètres d'épaisseur, puis d'une bande de sparadrap de deux centimètres de largeur sur deux ou trois mètres de longueur. Un aide soutient l'enfant en l'air en le tenant par les deux cuisses, un autre aide le soutient en plaçant la main sur le dos. Le chirurgien réduit la hernie, applique la compresse graduée sur l'ombilic et entoure le ventre de l'enfant six ou huit fois, de manière à recouvrir entièrement la compresse graduée ; il doit serrer assez fortement la bande, parce que l'enfant, en criant, gonfle le ventre, qui s'affaisse lorsque la colère du petit malade est calmée. La pression exercée sur le ventre gêne pendant quelques heures la respiration, mais bientôt les enfants semblent ne plus s'apercevoir de la présence du bandage. Les bandes de diachylon ont cet avantage, qu'elles se modèlent parfaitement sur les parties, et qu'elles en suivent tous les mouvements sans gêner le malade : leur adhésion est encore fort essentielle, et elles ne se déplacent que difficilement malgré les mouvements de la respiration. Enfin la matière même de l'appareil a encore cela d'avantageux, que les urines et les matières fécales ne l'empreignent que difficilement et ne nuisent pas d'ailleurs à la solidité du bandage. Si maintenant on compare le diachylon aux bandes de laine ou de toile et aux divers brayers dont on fait usage dans le traitement de la hernie ombilicale, on verra qu'il est supérieur aux uns comme aux autres. Les bandes sont d'un usage difficile et dispendieux, tant à cause de leur rigidité que par la facilité avec laquelle elles se salissent. Quant aux brayers, ce dernier inconvénient existe pour eux comme pour la bande, aussi est-on dans l'obligation d'en avoir plusieurs de rechange. En outre, la pelote du brayer, qui ne saurait être très-grande chez l'enfant, se déplace fréquemment sous l'influence des cris et des mouvements désordonnés du petit malade. Veut-on alors le fixer par des bretelles et dessous-cuisses, on produit des excoriations sur les parties avec lesquelles les courroies sont en contact.— Pour le bandage qu'il propose et dont la généralisation lui semble une chose utile, M. Trousseau insiste beaucoup sur la bonne confection du sparadrap : il faut que la bande ait au moins deux mètres de longueur. Or, dans les pharmacies, presque jamais le sparadrap n'a plus d'un mètre. Il faut donc en faire confectionner à dessein, ce qui pour le pharmacien n'est ni plus coûteux relativement, ni plus difficile. En outre, le diachylon du pharmacien est habituellement très-brillant, très-agglutinatif, très-mou, ce qui peut être une qualité quand il s'agit d'en appliquer un petit morceau, mais ce qui est un défaut capital quand il faut en appliquer une bande : en effet, la matière emplastique trop molle se fond, et le bandage ne tient plus. En outre, comme la térébenthine est en excès dans ce diachylon, il irrite assez vivement la peau pour produire des eczema et des érysipèles. Le meilleur sparadrap est celui du Codex dont la formule est suivie dans les hôpitaux, celui que les pharmaciens s'obstinent à ne pas fabriquer, parce que les clients ne le trouvent ni assez beau, ni assez collant. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1844, n° 78.)

INTRODUCTION *d'une sonde dans l'urètre* (*Cas de mort observé à la suite de l'*). Un fait pratique bien connu des chirurgiens, c'est la possibilité de produire des accès de fièvre revenant sous forme intermittente, par l'introduction d'une sonde laissée à demeure dans le canal de l'urètre : rarement ces accidents fébriles acquièrent une intensité telle qu'ils inspirent des craintes sérieuses pour les malades qui en sont atteints, et lorsque par exception ils

se terminent d'une manière funeste, il est rationnel d'admettre qu'il préexistait soit dans la vessie, soit dans toute autre partie de l'appareil urinaire, un état pathologique que la présence de la sonde est venue déceler par l'irritation sympathique que son séjour dans l'urètre a produite : c'est bien ce que démontre de la manière la plus évidente l'observation qui suit : nous la recommandons à l'attention de nos lecteurs, elle leur épargnera, dans une circonstance analogue, un grave souci de responsabilité médicale. — Le nommé Vita, âgé de 64 ans, est entré à l'hopital Necker le 29 mai 1844, pour un rétrecissement de l'urètre qui fut d'abord traité par la dilatation permanente à l'aide des bougies : on substitua ensuite aux bougies l'introduction temporaire des sondes : on en plaça une deux fois par jour, en ayant soin de la laisser à demeure pendant deux heures chaque fois. Ce nouveau traitement durait déjà depuis trois jours, lorsque le malade fut pris de frissons profonds suivis de sueurs abondantes, s'accompagnant de délire qui revenait par intervalles, ainsi qu'on l'observe dans les accès de fièvre pernicieuse. Il y eut aussi des vomissements d'une matière verdâtre : malgré l'emploi d'un traitement énergique, et l'administration du sulfate de quinine en potion et en lavements, les accidents allèrent en s'aggravant, et le malade succomba cinq jours après le premier accès de frisson. Voici ce que l'autopsie démontra : dans l'urètre il n'existait qu'un rétrecissement en partie effacé ; à la portion membraneuse et dans le rein gauche une masse encéphaloïde à l'état complet de ramollissement ; cette masse présentait la forme d'un cône enchâssé dans la substance du rein, ayant sa base tournée vers la circonférence de l'organe. Le sommet du cône représentant l'aspect d'un des sommets, la substance tubuleuse s'ouvrait dans la cavité d'un calice. Plusieurs plaques de tissu mélanique existaient dans la substance du foie. Dans la cavité encéphalique, on constata l'existence d'une méningite caractérisée par l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. (*Gaz. des Hôp.*, juillet 1844.)

IODURE DE POTASSIUM (*Traitement de la syphilis par l'*). Depuis les belles recherches de M. Ricord, publiées surtout dans ce journal, sur l'emploi thérapeutique de l'iodure de potassium dans la syphilis, ce médicament a été partout employé, et tous les journaux scientifiques contiennent des travaux à cet égard. Résumons les plus récents. M. F. Hauck a publié les résultats de 400 cas de syphilis observés par lui et par Kluge. Le premier fait qui résulte de ce travail, c'est que l'iodure de potassium n'exerce aucune influence défavorable sur la constitution, ou ne donne lieu qu'à des accidents fort légers. Une seule fois, l'auteur a observé, chez une fille irritable, une violente oppression avec toux sèche; assez souvent, une irritation des yeux et du nez, avec augmentation de sécrétions, fièvre et gonflement érysipélateux des paupières, accidents qui cessaient ordinairement au bout de quelques jours; des diarrhées que l'on combattit par l'opium; une augmentation constante de la sécrétion urinaire; une éruption pustuleuse, apparaissant ordinairement du 5e au 6e jour : assez souvent, pendant la deuxième ou la troisième semaine, une légère salivation, mais sans altération des gencives; la menstruation accélérée et augmentée.

Quant à son action thérapeutique, l'iodure de potassium s'est montré le plus souvent inefficace dans les ulcères primitifs; il ne manifeste réellement son action thérapeutique que dans la syphilis secondaire. Plus la constitution est détériorée, plus il se montre puissant. Il agit d'une manière remarquable dans les ulcères syphilitiques de la langue, de la bouche et du gosier, avec caractères pustuleux, ulcères qui pénètrent profondément, détruisent avec rapidité les tissus et sont recouverts d'un enduit jaune lardacé. Au contraire, il est inefficace ou peu actif dans le traitement des ulcères blanchâtres, superficiels, semblables aux larges condylômes. Dans l'ozène, le médicament s'est montré efficace, après l'emploi infructueux des mercuriaux; dans un cas, la cloison des narines était entièrement détruite. Les condylômes primitifs, succédant à une blennorrhagie n'ont pas été influencés; ils guérissaient, au contraire, quand ils avaient été precédés de chancres. L'iodure de potassium s'est montré utile dans la roséole, le lichen, le psoriasis (lorsque les taches n'étaient ni dures, ni rouges), l'echtyma, les rhagades suppuran-

tes. L'auteur conseille d'ajouter une certaine dose de calomel, quand on a affaire à des individus robustes. Il est resté sans effet dans les exanthèmes papulo-tuberculeux, suivis de la chute des cheveux et accompagnés, le plus souvent, d'ulcérations du pharynx, ainsi que dans les cas où les tubercules étaient gros, durs, rouges, ne se recouvraient pas d'écailles et ne passaient pas à l'ulcération. Il fut toujours sans action dans l'iritis. Il guérit, au contraire, rapidement et radicalement les douleurs osseuses de nature syphilitique, ou produites par l'usage du mercure. Il en est de même du gonflement et de la carie des os; l'iodure de potassium occupe ici le premier rang parmi tous les autres moyens. Il s'est encore montré avantageux dans l'induration du prépuce, à la suite de chancres, sur des sujets affectés de pustules à la suite d'un traitement mercuriel. Quant à la diététique, l'auteur ne donne que peu d'aliments; il fait garder la chambre ou même le lit. Il donnait d'abord le médicament seul, en solution dans l'eau distillée, à la dose de 5 décigrammes à 3 grammes par jour; plus tard, il y ajouta 1 centigramme à 2 décigrammes d'iode.

Le docteur Baravalli rapporte neuf cas d'affections vénériennes, dites tertiaires, dont il a obtenu la guérison au moyen de l'iodure de potassium. C'étaient des douleurs ostéocopes, arthritiques, des tumeurs gommeuses, des éruptions cutanées de formes variées, accompagnées de tous les phénomènes qu'a coutume de produire l'infection syphilitique; et toutes ces lésions étaient plus ou moins considérables, et avaient été traitées inutilement par toute espèce de moyens, et principalement par les mercuriaux. Ces malades furent soumis par l'auteur à l'iodure de potassium; il en obtint toujours la guérison complète dans un temps assez court, un, deux, trois ou quatre mois. Pour l'administration de ce remède, il se servait de la formule de M. Ricord, que voici :

Sirop de salsepareille, 500 grammes.
Iodure de potassium, 16

Il y ajoutait seulement une décoction de quina. Il commençait par administrer le sirop à la dose de 30 grammes; il le portait ensuite jusqu'à la dose de 72 et même de 96 grammes et plus, selon les cas, uni toujours à 192 grammes de décoction de quina, et donné en deux ou trois fois par jour. Quelquefois, il était obligé de le suspendre pendant quelques jours, lorsque le malade s'en trouvait dérangé; mais il recommençait bientôt à le prescrire, et finalement les résultats en ont toujours été heureux.

Pour M. Hocken, le mercure et l'iode sont les deux principaux remèdes qui composent le meilleur et le plus sûr traitement des divers symptômes de la syphilis, quoique ni l'un ni l'autre ne doive être regardé comme un spécifique, et ne puisse non plus agir d'une manière favorable s'il est administré empiriquement. Le mercure convient particulièrement dans l'induration ou la syphilis primitive. Cet agent, dans les symptômes secondaires, est presque la condition *sine qua non* de la guérison; mais, pour les symptômes tertiaires, il est ou inutile ou nuisible. L'iode est un médicament à peu près insignifiant dans les symptômes primitifs, excepté cependant dans la forme phagédénique qui se lie avec une débilité marquée et une altération prononcée de la santé. Quant à la syphilis constitutionnelle, il a moins de valeur que le mercure dans la majorité des phénomènes secondaires, excepté cependant les éruptions pustuleuses graves, les ulcères de la gorge, le rupia, les ulcérations secondaires de mauvais caractère, tous accidents liés à une cachexie marquée. L'iode, au contraire, a plus d'action que le mercure dans la syphilis tertiaire; c'est là que ses bons effets sont le plus tranchés. Dans les cas qui tiennent par leur nature et de la syphilis secondaire et de la syphilis tertiaire, on se trouve bien de combiner l'emploi de l'iode et du mercure. Plusieurs préparations mercurielles différentes sont applicables à chacune des formes de l'affection; mais on doit toujours préférer celle qui est capable de dompter le mal, en produisant le moins de réaction générale sur l'organisme. Quant à l'iode, la seule préparation qu'on puisse employer sûrement dans le traitement de la syphilis, est l'iodure de potassium; encore ne doit-on le donner qu'à doses modérées. Enfin, dit l'auteur, quelque avantageux que soit l'iodure de potassium dans certaines formes de la syphilis, il ne peut point mériter d'être substitué au mercure dans la grande majorité des cas. (*L'Expérience*, 4

et 11 juillet 1844. — *Gaz. méd. de Paris*, 27 juillet 1844.

MATTICO (*Recherches sur les propriétés astringentes du.*) Les feuilles de l'arbre qu'on désigne sous ce nom et sous celui de *matteca* ou *mateco*, qui croît dans l'intérieur du Pérou, et qui a été décrit dans la *Flora peruviana* comme un *piper angustifolium*, ont joui longtemps d'une grande célébrité parmi les Indiens, pour leurs propriétés styptiques, appliquées sur des surfaces saignantes, et pour leur action aphrodisiaque, administrées à l'intérieur. Un seul médecin anglais, le docteur Munro, paraît avoir constaté leur efficacité à l'extérieur; mais il n'y a aucun médecin qui les ait encore administrées à l'intérieur. M. le docteur Hunter Lane a cru devoir se livrer à quelques essais dont nous allons reproduire les principaux résultats.

Les feuilles, les seules parties de la plante qui soient employées, sont terminées en pointe, lancéolées, légèrement crénelées et à rainures profondes, d'un vert foncé sur leur face supérieure et d'un vert pâle sur l'inférieure. Leur longueur varie de 7 à 15 centimètres sur une largeur de 1 à 3 centimètres. Elles sont transportées en petits paquets de forme sphérique; elles paraissent avoir été soumises à une forte pression à l'état humide, et séchées ensuite, mais non grillées, comme le recommandent les Péruviens pour l'emploi extérieur.

M. Hunter Lane a employé cette plante sous deux formes différentes, en infusion et en teinture, qui toutes deux offrent une couleur d'un vert pâle, une odeur légèrement aromatique, et un goût légèrement astringent. Ces deux préparations, traitées par le chlorure d'étain, fournissent, à l'aide de l'acide hydrosulfurique, une quantité considérable de tannin et une substance non soluble dans l'éther (*matticine*). Employées d'abord dans plusieurs cas de diarrhée chronique, ces deux préparations ont produit des effets tellement variables que l'on ne peut espérer de retirer de grands avantages de leur emploi dans ces sortes de cas. Il en a été tout autrement dans les cas de leucorrhée, lorsque la période d'excitation que présente ordinairement cette affection à son début était passée; en l'employant dans ces cas, l'auteur assure avoir retiré du mattico des effets très-avantageux, et sans le moindre inconvénient. La ménorrhagie, l'hématémèse, l'hémoptysie, la dyssenterie et quelques variétés de l'hématurie paraissent aussi avoir cédé à l'action du même moyen. Seize observations sont rapportées à l'appui de ces différentes assertions, et ne laissent pas de doutes sur l'activité des propriétés astringentes du mattico. Quant à son action aphrodisiaque et emménagogue, l'auteur assure n'avoir pu la constater d'une manière évidente. (*Gaz. Méd. de Paris*, juin 1844.)

PLAIE PÉNÉTRANTE *de la poitrine produite par une balle de fusil, suivie de l'expulsion du projectile par les selles.* M. le docteur Antonio Coca, de Barcelone, publie le fait curieux qui suit: Un jeune garçon, de 15 ans, reçut d'un point élevé une balle de fusil dans la poitrine. Transporté à l'hôpital de Barcelone, on reconnut l'état suivant : on voyait à la partie latérale gauche de la cavité thoracique, vis-à-vis la partie moyenne de la sixième vraie côte, une solution de continuité des parties molles, dont la forme et l'étendue indiquaient qu'elle avait été produite par une balle de fusil, ainsi que le déclarait le blessé. L'absence d'ouverture de sortie fit soupçonner que le projectile était resté dans la plaie, et l'introduction du doigt donna l'assurance qu'il avait dû pénétrer dans la cavité thoracique. La partie moyenne de la sixième côte était fracturée. M. Coca se borna à rapprocher le plus possible les bords de la plaie, au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage de corps, afin d'empêcher l'entrée de l'air. Il y avait de la fièvre ; crachats sanguinolents, difficulté de respirer, douleur dans la poitrine. Saignée de quinze onces, solution gommeuse, repos absolu, silence, diète rigoureuse. Huit nouvelles saignées, d'une livre chaque, furent pratiquées les jours suivants; malgré cet énergique traitement, la respiration s'embarrassa de plus en plus, et le blessé succomba le douzième jour. Mais, circonstance singulière, le sixième jour, il avait rendu la balle par les selles, sans avoir jamais présenté, dit M. Coca, le moindre signe d'irritation en aucun point du conduit digestif, ni d'épanchement de quelque fluide dans les cavités thoraciques et abdominales, ni de lésions

du diaphragme, etc. L'autopsie montra le trajet suivi par la balle, depuis son entrée jusqu'à sa sortie. Au delà de la plaie extérieure et de la fracture de la sixième vraie côte du côté gauche, l'os fracturé présentait à l'intérieur de petites esquilles qui devaient piquer continuellement le poumon correspondant; un morceau de la lame interne de cette côte, de la longueur d'un pouce, avait pénétré à la base de ce poumon. Tout le poumon gauche adhérait à la plèvre costale et était infiltré de pus, ce qui s'observait aussi du côté droit, mais à un bien moindre degré. Le fragment de la côte était tellement enfoncé au milieu de la substance du poumon, qu'à la plus légère pression exécutée pour le pousser plus avant, il faisait saillie à la surface interne du péricarde. Des adhérences s'étaient formées entre l'estomac et le diaphragme. La blessure traversait de haut en bas la base du poumon et arrivait dans l'estomac. L'ouverture de la paroi stomacale était parfaitement ronde, comme celle du poumon. Cette disposition de la blessure explique la sortie du projectile par les selles. (*Repertorio de la Societad de emulacion de Barcelona. L'Expérience*, 18 juillet 1844.)

SANG COUENNEUX (*Moyens de distinguer, sur de petites quantités, le*) *de celui qui est à l'état normal.* — Il est bien à désirer que ces moyens soient aussi efficaces que le prétend M. le docteur Jones, car les praticiens savent combien il serait utile, dans les cas douteux, de pouvoir juger de l'état du sang par de petites quantités de ce fluide. Ces moyens consistent en ceci : déposez une goutte de sang, aussitôt qu'il vient de sortir de la veine, sur une plaque de verre; puis, au bout d'environ une demi-minute, cette surface commence à présenter un aspect granulé très-fin. Ce sang sera à l'état normal. Si, au contraire, la goutte s'étend dans une plus grande largeur, et que l'on distingue immédiatement l'aspect granulé très-prononcé, vous pourrez regarder ce sang comme couenneux. La différence entre le sang normal et le sang couenneux, examinés par ce moyen, consiste en ce que le premier est plus épais que le second, et s'étend moins sous l'influence de la pression, et en ce que l'aspect granulé ne se présente qu'au bout d'une demi-minute et est extrêmement délicat, tandis que, dans le sang couenneux, cet aspect se développe avec tant de rapidité, qu'on le distingue immédiatement, et se fait remarquer par l'éloignement plus prononcé des granulations et qui va encore en augmentant.

Si l'on soumet le sang au microscope, voici ce qu'on observe : si le sang placé entre les deux plaques de verre est normal, on distingue d'abord les globules rouges dispersés confusément dans le liquide du sang; puis, au bout d'une demi-minute, ou à peu près, on les voit passer les uns sur les autres, se diriger vers le bord où ils sont côte à côte, occupant moins d'espace que quand ils sont irrégulièrement dispersés. Si, au contraire, c'est du sang couenneux qu'on examine au microscope dans les mêmes circonstances, on trouvera moins de globules rouges et plus de liquide, et tous les globules seront déjà réunis sous forme de rouleaux et formant un réseau à très-larges mailles. Une goutte de sang obtenue de la piqûre d'un doigt, ou prise sur un jet de sang fourni par l'ouverture d'une veine chez la même personne, présente toujours les mêmes effets, et offre, dans les deux cas, les caractères du sang normal ou du sang couenneux. En sorte que l'examen d'une seule goutte de sang obtenue de la piqûre d'un doigt ou de toute autre partie du corps, jettera autant de lumière sur l'état du sang d'un individu, quant à la présence ou à l'absence de la couenne. (*The Edinburgh med. and surg. Journal*, et *Gaz. méd. de Paris*, 27 juillet 1844.)

SEIGLE ERGOTÉ (*De l'emploi du*) *contre la paralysie de la vessie.* Un seul fait, surtout quand un nouveau moyen thérapeutique a été employé concurremment avec d'autres moyens, ne peut donner lieu à des conclusions bien positives. Nous devons cependant faire connaître le fait suivant, rapporté par M. Houston.

Un homme de soixante ans fut reçu à l'hôpital de Dublin le 14 décembre 1843. Bien portant jusque-là, il éprouvait depuis un an de fréquents besoins d'uriner, avec impossibilité de rendre tout le liquide à la fois; de sorte que, selon son expression, ce malheureux passait tout son temps à uriner. Plusieurs traitements étaient restés infructueux. A l'époque de son

entrée à l'hôpital, il était forcé de pisser tous les quarts d'heure. Le jet était suffisamment volumineux, mais il manquait de force. La vessie, distendue, se laissait percevoir au-dessus du pubis. Après que le malade avait, à ce qu'il croyait, vidé complètement sa vessie, la sonde en retirait encore une quantité assez considérable d'urine. Ce liquide était trouble et contenait une mucosité purulente. Ni rétrécissement de l'urètre, ni hypertrophie de la prostate. Un bain chaud tous les deux jours; repos au lit; évacuer l'urine avec la sonde toutes les six heures. Au bout de dix jours, les besoins d'uriner étaient devenus moins fréquents, l'urine plus claire, et il n'en restait plus que 10 onces dans la vessie après que le malade avait fait des efforts d'excrétion On essaya alors la teinture de cantharides à l'intérieur, mais elle ne fit qu'augmenter le nombre quotidien des envies d'uriner. Le 27 décembre, tout en continuant le cathétérisme, on commença à appliquer l'électricité et à administrer la strychnine. Au bout de dix jours de ce traitement l'amelioration était telle que le malade n'était plus obligé de se lever que quatre ou cinq fois par nuit, et que 6 onces seulement d'urine restaient dans la vessie après qu'il avait pissé. Cependant, le 11 janvier 1844, M. Houston, voyant que l'état demeurait stationnaire malgré la continuation des mêmes moyens, donna six grains de seigle ergoté, en trois fois dans la journée. Cathétérisme continué. Rien ne se manifesta d'abord; mais après quelques jours un changement marqué eut lieu. L'envie d'uriner ne revenait plus que deux fois par nuit. Le jet prenait une certaine force, et le cathéter, introduit après que le malade avait pissé, ne donnait plus issue qu'à 2 onces de liquide. Le médicament, continué jusqu'au 30 janvier, rendit la guérison complète. Le sujet revint encore, huit jours après sa sortie, assurer qu'il ne ressentait plus aucune incommodité.

M. Houston fait observer, avec juste raison, que l'emploi réitéré de la sonde a été extrêmement utile, et qu'aucun médicament donné à l'intérieur n'eût eu de succès si la vessie était restee constamment distendue par l'urine. M. Civiale a beaucoup insisté sur ce conseil, dont les autorités compétentes ont reconnu l'opportunité. (*Dublin medical press*, et *Gaz. méd. de Paris*, 6 juillet 1844.)

TÉTANOS *mortel par suite de l'extirpation d'un cor au pied.* M. le docteur Casper, de Berlin, publie l'observation suivante : Un domestique, âgé de trente-cinq ans, homme bien portant et robuste, s'était extirpé trop profondément un cor au petit doigt du pied gauche, et, sans égard pour la douleur qu'il y ressentait, il avait continué son service pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'impossibilité de marcher davantage le forçât à garder le lit. M. Casper ayant été appelé auprès de lui, le trouva sans autre maladie que celle du pied. Au point où il avait pratiqué son extirpation, il existait une vésicule remplie de sang; la plante du pied était tuméfiée dans toute son étendue. Ce praticien prescrivit l'emploi des cataplasmes à l'intérieur, le sulfate de magnésie, le repos absolu du membre, ce à quoi le sujet, qui se trouvait d'ailleurs bien portant, ne se décida qu'avec beaucoup de peine. Mais M. Casper ne fut pas médiocrement surpris, le lendemain matin, en voyant l'état du malade grandement empiré. Il était couché, les yeux brillants, le pouls assez plein; il avait de grandes difficultés pour avaler, et il bégayait des mots inintelligibles, bien qu'il eût conservé toute sa connaissance. On ne pouvait pas méconnaître l'invasion d'un tétanos. Tous les moyens appropriés furent employés sans le moindre succès, et la mort survint dans la soirée du même jour. L'autopsie ne fut pas permise, on obtint seulement la latitude d'examiner le pied qui avait été le point de départ du mal. On trouva du pus épanché sous les téguments; la bourse muqueuse placée sur l'articulation était remplie de sang; mais on ne put reconnaître aucune trace d'inflammation sur les branches du nerf péroné qui se distribuent aux doigts. (*Caspers wochenschrift, etc.*, et *Gaz. des Hôp.*, nº 79, 1844.)

TUMEUR CANCÉREUSE (*de l'S iliaque du côlon enlevée avec l'intestin*). — Un homme de vingt-huit ans portait dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, et donnant lieu, avec d'autres symptômes généraux, à des douleurs lancinantes. La maladie durait depuis plusieurs années. Toutes les médications ayant été inutiles, M. Reybard se décida à une opération dont, par les détails sui-

vants, on peut juger de la hardiesse. Le malade étant couché sur le dos, M. Reybard fait au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la crête et à un pouce d'elle, une incision de six pouces, qui divise les tissus couche par couche; des ligatures placées sur les vaisseaux arrêtent le sang aussitôt qu'il s'échappe. Le péritoine est ouvert avec précaution dans l'étendue de trois pouces environ. La tumeur, quoique avec beaucoup de difficulté, est amenée au dehors; deux ligatures, embrassant entre elles une assez grande étendue du mésocôlon, sont placées pour prévenir une hémorrhagie. L'intestin est enlevé avec un bistouri dans l'étendue d'environ trois pouces, et le mésocôlon est coupé avec des ciseaux. On lie les artères qui longent l'intestin, et les fils sont conservés longs, afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif; puis on affronte les deux bouts de l'intestin et on pratique la suture de Pelletier. Celle-ci terminée, M. Reybard repousse l'intestin profondément dans le ventre pour l'éloigner de la plaie; celle-ci est réunie par trois points de suture. Les suites de cette grave opération furent plus heureuses qu'on n'eût osé l'espérer. Après quelques alternatives de bien et de mal, trente-huit jours après l'opération, le malade prenait des aliments solides, allait naturellement à la selle, rendait des vents par l'anus; la cicatrisation de la plaie était complète. Mais six mois après, les douleurs lancinantes se font sentir dans la région iliaque gauche, la tumeur reparaît, et un an après l'opération le malade succomba.

L'autopsie ne fut pas faite. Cette observation a été l'occasion d'un rapport très-étendu et très-bien fait à l'Académie de médecine par M. Jobert (de Lamballe). Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire une des conclusions proposées par cet habile chirurgien : « On ne peut approuver un pareil mode d'opération, surtout quand on songe au conseil donné de refouler l'intestin ainsi opéré dans la cavité de l'abdomen. » (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 89, 1844.)

TUMEUR FONGUEUSE DU TIBIA *(Ligature de l'artère crurale pour guérir une).* — La nature de la maladie, les difficultés du diagnostic, le mode de traitement auquel le chirurgien, homme d'une grande expérience, crut devoir donner la préférence; enfin, les suites de ce traitement, tout concourt à appeler sur l'observation suivante l'attention des chirurgiens. Dans le mois de février dernier est entré à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu un jeune homme âgé de trente ans, charretier de profession, et un peu lymphatique. Il portait à la partie externe du genou gauche une tumeur dont il s'était aperçu il y a dix-huit mois environ pour la première fois Au dire du malade, la tumeur aurait succédé à un craquement qu'il aurait perçu à la suite d'un violent effort qu'il fit. La tumeur a maintenant le volume du poing d'un adulte, est située à la partie supérieure latérale externe du tibia, à quatre travers de doigt de la rotule : dure, élastique, à large base, un peu dépressible, elle est le siége de pulsations manifestes que la compression de l'artère fémorale fait disparaître immédiatement, et qui reparaissent dès qu'on cesse la compression du vaisseau. Ces pulsations sont isochrones aux battements du cœur; la peau qui la recouvre est lisse, distendue, sillonnée par quelques vaisseaux profonds qui paraissent dilatés. La jambe offre un certain gonflement dans l'étendue de quatre travers de doigt au-dessous de la tumeur. L'articulation du genou est saine et douée de toute la liberté de ses mouvements; les condyles même du tibia semblent étrangers à la maladie, qui paraît limitée à la partie spongieuse de la moitié externe de cette partie du tibia qui supporte sa tête, et qu'on pourrait pour cela appeler son col. Le malade éprouve dans sa tumeur des douleurs profondes qui s'irradient dans toute la jambe. L'état général est d'ailleurs assez bon, et tout indique que les viscères sont sains. Le 15 février, M. Roux lia l'artère crurale au tiers moyen de la cuisse, d'après le procédé de Scarpa. A l'instant même les battements de la tumeur ont cessé, son volume restant stationnaire. On a affronté les bords de la plaie, réuni l'angle supérieur avec des bandelettes agglutinatives, et introduit une petite mèche de charpie dans l'angle inférieur où les fils furent placés. Le 26 février, onzième jour de l'opération, le malade va très-bien. La plaie de la cuisse suppure médiocrement; la tumeur de la jambe a beaucoup diminué ; on s'aperçoit que le tibia tend à revenir à son volume normal.

Le 4 mars, le volume de la tumeur diminue toujours sensiblement. Le 20 du même mois les fils de la ligature sont tombés ; la plaie est en voie de cicatrisation prompte ; le volume de la tumeur décroît d'une manière moins sensible. Le 15 avril, il n'existe plus qu'un suintement léger par la plaie. La tumeur, depuis quelque temps, reste stationnaire ; les battements qui y existaient avant l'opération n'ont point reparu. Le 15 mai la plaie crurale est cicatrisée entièrement ; la tumeur du tibia n'a éprouvé aucun changement ; l'état général du malade est excellent ; il commence à marcher avec des béquilles. Le 31 il demande sa sortie qui lui est accordée. Quoique la tumeur du tibia soit restée à peu près stationnaire depuis quelque temps, M. Roux croit que la maladie organique est enrayée, et que le tissu osseux est le siége d'une dilatation simple. Cet état peut persister indéfiniment et le malade ne pas en être incommodé autrement qu'en raison de la difformité qu'il détermine ; toutefois, l'expérience a appris que l'élément fongueux et vasculaire peut y reparaître de nouveau, et que, conséquemment, on ne peut pas garantir que la maladie primitive ne se reproduira pas plus tard. Il n'a pas échappé sans doute à nos lecteurs, combien est grave la décision prise par M. Roux en présence du fait pathologique qui vient d'être exposé. Cet habile chirurgien ne s'est pas dissimulé la difficulté de la situation, et il a lui-même fait remarquer que l'opération qu'il allait pratiquer, sérieuse en elle-même, le devenait davantage encore dans l'espèce, parce qu'elle ne suffit pas toujours pour arrêter la marche de la maladie. Un autre danger de la ligature de l'artère crurale en pareille circonstance, c'est le sphacèle du membre. Ici, en effet, on ne retrouve plus, comme dans le cas d'une tumeur anévrysmale qui a plus ou moins comprimé le vaisseau principal, les artères collatérales dilatées et permettant ainsi la circulation supplémentaire indispensable à la nutrition du membre. Ces vaisseaux conservent, au contraire, leur volume normal et se prêtent plus difficilement à la dilatation qu'ils doivent acquérir pour que la circulation dans le membre ne soit pas suspendue ou trop longtemps interrompue. Il ne faut cependant pas oublier que si cette disposition est fâcheuse sous le rapport que nous venons d'indiquer, elle est favorable au but que l'on veut atteindre, savoir, l'atrophie de la tumeur et sa résolution. Double résultat qu'on aurait peu de chances d'atteindre si les vaisseaux collatéraux avaient pris un développement considérable ; attendu que, par eux, la circulation en se rétablissant trop facilement dans le membre, ramènerait dans la tumeur le sang et les autres matériaux de nutrition dont il importe tant de la priver pour que la guérison soit possible. Pouvait-on tenter un autre moyen curatif chez notre malade ? A la rigueur on eût pu recourir aux caustiques, ou bien à la cautérisation avec le fer rouge ; mais M. Roux fait remarquer que ces moyens, applicables toutes les fois que la région le permet, seraient, dans le cas actuel, irrationnels et dangereux, la tumeur se trouvant placée au voisinage de gros vaisseaux et de nerfs importants. L'amputation de la cuisse semblerait d'abord indiquée ; mais, avant de priver d'un de ses membres le jeune homme, M. Roux jugea à propos de recourir à la ligature, tout en convenant qu'elle pourrait bien n'être qu'un moyen provisoire et préparatoire, pour ainsi dire, à l'amputation, dans le cas où le résultat qu'on en espère ne serait pas obtenu. (*Gaz. des Hôpit.*, juillet, nº 80.)

ULCÈRES (*Des bandelettes agglutinatives pour le traitement des*). Le traitement dont il est question a été accueilli avec faveur à son apparition en France, en 1816, époque à laquelle M. Roux publia le compte-rendu de son voyage en Angleterre où il en avait constaté les heureux résultats dans les hôpitaux de Londres. Ce traitement eut pour inventeur un chirurgien anglais nommé Baynton ; c'est pour les ulcères des membres et principalement des membres inférieurs qu'il a été imaginé. Les membres sont, dit M. Roux, sujets à des ulcères d'une espèce particulière et qui sont entretenus par une cause spéciale soit locale, soit générale. Donc dans le traitement des ulcères, il y a deux périodes distinctes à observer : l'une dans laquelle il faut combattre la cause générale qui entretient la maladie, l'autre où l'ulcère, réduit à l'état de plaie simple, doit être traité convenablement pour sa prompte cicatrisation. Pour ce pansement, on prépare des bandelet-

tes ordinairement séparées et suffisamment longues pour faire le tour du membre, en sorte que les extrémités se dépassent : ou les applique successivement l'une sur l'autre de manière à s'imbriquer, et ayant soin d'exercer une certaine compression égale et régulière sur toute la surface ulcérée. Les bandelettes ainsi placées agissent : 1° comme moyen unissant; 2° comme moyen compressif; 3° comme moyen modifiant la vitalité des parties ulcérées par l'action de la matière emplastique qui entre dans leur composition. — Mais c'est bien souvent par l'action compressive surtout que cette méthode réussit. Il y a des plaies de nature telle que sans un bandage compressif elles ne pourraient passe cicatriser. Il résulte de l'observation que les plaies chroniques des membres marchent très-lentement vers la guérison, lorsque les membres abandonnés à eux-mêmes subissent cette espèce de développement excentrique qui est naturel; car la peau, se dilatant alors en vertu de son élasticité, dilate en même temps la circonférence de la plaie et rend ainsi la cicatrisation impossible. Le bandage circulaire compressif empêche ou neutralise cette sorte de lutte qui tendrait à s'établir entre les forces physiques vitales et les forces médicatrices de la nature. M. Roux fait observer que les bandelettes faites avec l'emplâtre de Vigo sont d'une grande utilité dans certaines espèces d'ulcères : il signale à l'appui de sa manière de voir le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'un érysipèle phlegmoneux qui envahit tout le membre inférieur, eut une plaie si étendue avec perte de substance à la peau, que depuis la crête iliaque jusqu'à la malléole externe les muscles étaient à nu, et l'excessive abondance de la suppuration menaçait d'emporter le malade. L'idée lui vint d'appliquer la méthode de Baynton, dans le but surtout de prévenir un développement défavorable du membre et de permettre aux tissus cutanés de tendre vers la cicatrisation : la guérison s'effectua et certes on l'aurait attendue en vain par toute autre voie de traitement. M. Roux insiste tout particulièrement sur l'espèce d'atrophie artificielle que ce traitement produit dans les membres malades et qui est si favorable à la cicatrisation des ulcères; c'est d'après lui un des avantages les plus réels de la méthode. Dans les premiers jours de son application, on change le bandage tous les jours à cause de l'abondance de la suppuration : mais peu à peu, celle-ci diminuant, les bourgeons charnus s'égalisant à leur tour, on pourra laisser le bandage en place pendant plusieurs jours. On devra même le changer rarement pour ne pas entraver le travail de la cicatrisation. (*Gaz. des hôp.*, juill., 1844.)

VALÉRIANATE DE ZINC (*Observations sur les usages thérapeutiques du*). — Dans nos dernières livraisons, nous avons appelé l'attention des praticiens sur ce médicament nouveau, qui jouit en ce moment en Italie d'une grande vogue. Il n'est pas de journal de ces contrées qui ne parle des vertus curatives de ce produit. M. le docteur G. Baietti publie quatre observations, dont voici le résumé. Le sujet de la première est un homme de vingt-neuf ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, irascible, qui, à la suite de chagrins, fut atteint d'épilepsie vers l'âge de vingt-trois ans. A vingt-neuf ans, les accès se répétaient presque tous les mois. Plusieurs remèdes ayant été inutiles, ou à peu près, le docteur Baietti essaya l'usage du valérianate de zinc, d'abord à la dose de deux grains, et bientôt à celle de trois par jour, uni à l'extrait de valériane, et cela pendant plus d'un mois; et mettant dans l'administration de ce médicament, d'abord un intervalle de quinze, puis de trente jours. La maladie semble avoir tout à fait disparu; depuis sept mois il n'y a eu aucun nouvel accès. Dans un autre cas, il a obtenu, chez une femme, par le valérianate de zinc, la cessation d'une céphalalgie vertigineuse intense. L'emploi de ce moyen a été suivi du même résultat chez une autre femme qui, à la suite d'une syncope grave, éprouvait comme une sensation de légèreté extraordinaire dans la tête, ne pouvait supporter la lumière sans souffrance, et avait la vue embarrassée. Enfin, le docteur Baietti s'est servi avec avantage du valérianate dans un cas d'hypocondrie ou mélancolie avec légère altération des facultés intellectuelles, après avoir préalablement combattu l'état morbide des viscères hypocondriaques, avec lesquels la maladie lui semblait être en relation. (*Bulletino delle*

scienze mediche; *l'Expérience*, 11 juillet 1844.)

VÉSICATOIRE DANS LA VESSIE, *sous l'influence de cantharides appliquées à la peau.* — L'influence des cantharides sur la vessie est un fait vulgaire et bien connu. C'est en vue d'éviter l'action irritante qu'elles exercent sur cet organe, que l'on conseille de mêler une certaine quantité de camphre aux emplâtres vésicatoires. Mais on n'avait pas encore signalé, que nous sachions du moins, la formation de fausses membranes dans la vessie, d'un véritable vésication à la suite de l'application de vésicatoires. Dans un travail récent, M. Morel-Lavallée a fait connaître quatre cas dans lesquels l'application sur la peau d'un emplâtre de cantharides a déterminé, à la surface interne de la vessie, la formation de fausses membranes qui ont été expulsées par l'urètre, se présentant sous forme de lambeaux, à bords inégaux et de grandeur variable. Ces lambeaux, qui sortaient en petites pelotes ou en rouleaux, se développaient facilement et offraient alors la plus grande ressemblance avec les fausses membranes que détermine sur la peau l'application d'un vésicatoire. La seule différence consistait en ce que ces dernières présentent à leur face interne une apparence ponctuée due à l'impression des papilles dermiques, tandis que celles de la vessie étaient également lisses sur les deux faces.

L'irritation s'annonce dans ce cas, comme dans celui où elle reconnaît pour cause la présence d'un calcul dans la vessie, par une douleur que le malade rapporte communément au gland.

M. Morel-Lavallée n'a pas eu occasion d'observer la muqueuse vésicale des individus chez lesquels cet accident s'était montré, mais il soupçonne qu'il pourrait y avoir eu formation de fausses membranes chez une malade qui mourut d'une pleurésie, dont on avait cherché vainement à se rendre maître par l'application répétée de vésicatoires. Chez cette femme, dit M. Vidal (de Cassis), qui en a fait l'autopsie, la vessie, à sa face interne, était rouge et boursouflée comme la conjonctive dans l'ophthalmie blennorrhagique. A la vérité, on ne dit point que de fausses membranes aient été rendues avec les urines; mais, comme le fait n'avait pas encore été signalé, il aurait pu échapper à l'observation. On le concevrait d'autant mieux, que la largeur de l'urètre chez la femme et le peu de longueur de ce canal ont rendu leur expulsion plus facile.

M. Morel-Lavallée remarque que dans un des cas qui ont été soumis à son observation, les urines ont laissé déposer de l'albumine. Il pense que l'on en trouverait fréquemment dans les cas où l'application de vésicatoires occasionne de l'irritation à la vessie, si l'on observait l'urine avec le même soin qu'on le fait quand il s'agit de reconnaître la maladie de Bright.

Quant au traitement, M. Morel conseille naturellement les boissons diurétiques prises en grande quantité, les cataplasmes émollients sur l'hypogastre, et les calmants, s'il se présente des phénomènes nerveux. Il est aussi bien entendu qu'aussitôt qu'on est averti d'un accident semblable, il faut se hâter d'enlever l'emplâtre cantharidé. (*L'Expérience*, 18 juillet 1844.)

VARIÉTÉS.

On a beaucoup parlé, ces jours derniers, d'une erreur de diagnostic commise dans une épreuve clinique de concours, et par suite de laquelle des piqûres de puces ont été prises pour des pétéchies. L'erreur n'est pas aussi facile à éviter que le croient certaines personnes; il est des cas où l'on ne peut s'en préserver que par une grande attention. M. le docteur Amédée Latour nous assure que l'on parvient à faire cette distinction en remarquant que dans la piqûre de puces il y a toujours deux auréoles, une plus brune située au centre de la tache, et l'autre, plus pâle, sur les bords de la circonférence, ce qui n'a pas lieu pour les pétéchies véritables.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ABUS DES VÉSICATOIRES ET DES SINAPISMES DANS LES MALADIES AIGUES.

Par M. VALLEIX, médecin des hôpitaux, etc.

Dans les recherches thérapeutiques, on s'occupe bien plus, en général, de découvrir quelques médicaments nouveaux dont on se hâte d'apprécier l'action et l'efficacité, que de demander à l'expérience de nouveaux renseignements sur la valeur des principales médications depuis longtemps mises en usage. C'est un grand tort, selon nous; car, qu'en résulte-t-il? C'est qu'on encombre la thérapeutique de remèdes dont l'utilité est peu connue et auxquels on ne peut accorder qu'une confiance extrêmement limitée, sans acquérir de nouvelles lumières sur les sujets déjà traités par nos prédécesseurs. Le désir de découvrir des remèdes spécifiques, qui nous pousse incessamment dans cette voie, a sans doute quelque chose de louable; mais n'est-il pas à regretter aussi que la science reste toujours incertaine et insuffisante sur un si grand nombre de points, faute de continuer et de contrôler les expériences de nos devanciers?

Il est surtout un certain nombre de médications qui auraient besoin d'être soumises à des investigations longues et sévères, car elles sont très-fréquemment mises en usage, sans qu'on ait d'autre motif pour les employer que de vagues idées théoriques; et cependant ces idées se sont tellement répandues parmi les médecins, que, quel que soit l'effet des médicaments qu'ils emploient, et quand même il en résulterait constamment des accidents plus ou moins graves, on les voit persister avec opiniâtreté dans leur manière d'agir. Ces réflexions nous sont suggérées par l'abus que nous voyons faire journellement des excitants appliqués sur la peau, aux diverses périodes des maladies aiguës. Aussi croyons-nous utile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Dans ces dernières années, on ne s'est guère occupé d'une manière générale de l'emploi des vésicatoires dans les diverses maladies, et en particulier dans les maladies aiguës; mais depuis le commencement du dix-septième siècle jusqu'à la fin du dix-huitième, il a paru un grand nombre de dissertations sur ce sujet, et parmi ces dissertations, il faut citer principalement celle de J. Hoffmann (*dissert. de vesic. prestant. in med. usu*, an 1727); de Vogel (*dissert. de tuto et exim. vesic. usu*

in acutis), et le recueil de Barbett (*raccolta di scritt. medic. aparten. alla controv. de' vesicatori;* Venezia, 1749). On voit dans ce dernier recueil que les opinions étaient bien loin d'être unanimes sur les effets et sur l'utilité des vésicants dans les diverses circonstances où on les a appliqués; mais ce qui ressort particulièrement de tous les travaux que nous venons d'indiquer, c'est que les vésicatoires étaient appliqués dans presque toutes les circonstances, et que les médecins avaient tous plus ou moins confiance dans leur action. De là cette pratique si répandue de l'application des épispastiques dans un nombre infini de cas aussi variables par la nature de la maladie, que par son siége, sa marche et sa gravité. Cependant des auteurs se sont élevés parfois contre l'abus de cette médication; c'est ainsi que M. Reveillé-Parise (*Gaz. de santé*, mars 1830) a attaqué l'abus qu'on fait des vésicatoires chez les enfants, et que M. Louis (*Mém. sur les effets de la saignée*, page 54 et suiv. Paris 1835), bien loin de reconnaître aux vésicatoires une influence salutaire dans la pneumonie, a été plutôt porté à leur attribuer une action défavorable.

Tel est donc l'état actuel de la science. On parle sans cesse de révulsion, de transport d'une inflammation profonde à la surface du corps, et dès qu'on veut examiner attentivement les faits sur un point quelconque, on s'aperçoit qu'il y a au moins une grande exagération dans les éloges qu'on donne aux effets des topiques irritants cutanés. C'est déjà un grand motif de se tenir sur ses gardes et de ne procéder dans l'application de ces topiques qu'avec une grande prudence et en surveillant attentivement leur action. Voyons maintenant si, dans quelques-unes des maladies où on les met le plus fréquemment en usage, on a des motifs bien réels de persister dans cette conduite.

Si nous examinons d'abord, sous ce point de vue, les *maladies de poitrine*, nous trouvons tout naturellement le travail de M. Louis que je viens de citer, travail dans lequel cet auteur s'exprime ainsi qu'il suit: « Le traitement des malades de la Charité différait encore de celui des malades de la Pitié en ce que des vésicatoires furent appliqués aux premiers et non aux seconds. Cette nouvelle différence a-t-elle eu sa part dans l'inégale mortalité des deux groupes de sujets? Peut-on croire que les vésicatoires appliqués aux malades de la Charité aient eu une influence heureuse sur la marche de leur affection, et qu'ajoutés au tartre stibié qui fut pris par les sujets de la Pitié, ceux-ci auraient encore guéri plus promptement et en plus grand nombre? Voyons les faits.

« Les vésicatoires appliqués à l'hôpital de la Charité ne le furent pas dans tous les cas où la maladie eut une terminaison heureuse, mais seulement dans ceux où sa marche, peu influencée par la saignée, laissait

des eraintes sur son issue. Cette application eut lieu dans la moitié des eas, ou vingt-einq sujets saignés pour la première fois dans les quatre premiers jours de la maladie ou au delà ; et chez eux la durée moyenne de l'affection fut de vingt-deux jours et deux heures, taudis qu'elle fut de quinze jours et huit heures seulement ehez les autres. Différenee énorme qui semblerait indiquer que les circonstances défavorables dans lesquelles les vésicatoires ont été appliqués n'ont pas été sensiblement influeneées par leur action ; qu'ainsi les vésieatoires ont été sans utilité.

« Il n'en a pas été de même, eomme nous l'avous vu, pour les sujets de la Pitié, qui prirent du tartre stibié et dont l'affection ne dura que trois jours de plus que chez ceux qui n'en prirent pas, malgré les eireonstances si défavorables dans lesquelles ils se trouvaient. Car, outre la gravité de l'affection, qui était à peu près la même chez les sujets auxquels on appliqua des vésicatoires et chez eeux qui prirent du tartre stibié, les premiers avaient, terme moyeu, trente-einq ans et demi, et les seconds quarante-einq ans moins une fraction ; et il serait diffieile d'attribuer ces différences de durée au hasard, ou de les croire aecidentelles, vu que la longueur de la maladie et l'âge des sujets étaient à peu près les mêmes à la Charité et à la Pitié chez ceux auxquels on ne prescrivit que des saignées ; de manière que l'âge des premiers était trente-cinq ans, celui des seconds treute-un ; la durée moyenne de l'affection quinze jours un tiers chez les uns, quatorze jours et un huitième chez les autres. »

Ne doit-on pas ici, avec l'auteur, conclure que s'il y avait, après de tels faits, un parti à prendre, ce serait assurément d'abandonner complétement l'emploi des vésicatoires dans le traitement de la pneumonie aiguë? Mais ne voulant pas porter un jugement absolu, M. Louis se borne à dire que, pour qu'on pût mettre en usage cette médication avec un peu plus de eonfiance, il faudrait étudier avec grand soin les faits, et dans une masse eonsidérable d'observations trouver la preuve de l'effieacité de ee moyen et le degré de cette effieacité.

Sans avoir suivi ces conseils, certains médecins ont été néanmoins beaucoup plus loin qu'on n'avait été avant eux, et ont prétendu, non-seulement qu'on pouvait apporter de l'amendement dans les symptômes de la pneumonie à l'aide des vésieatoires, mais encore *faire avorter* eette maladie. Suivant eux, il faut, pour parvenir à ce résultat, appliquer le vésieatoire à une époque rapproehée du début et lui donner une grande étendue. Ainsi l'on eouvre la plus grande partie des parois de la poitrine de vésieatoires qui n'ont pas moins de ving-einq centimètres de diamètre. Certes, on eonviendra que si la preuve tirée des observations est néeessaire, c'est surtout dans les cas où l'on emploie ees vésicatoires mons-

trueux. Il résulte en effet de leur application une surexcitation extrême, qui augmente au plus haut degré le mouvement fébrile et qui, selon toutes les apparences, ne peut avoir que les plus mauvais effets. Quant aux prétendus succès qu'on dit avoir obtenus par ces moyens, et surtout quant à l'avortement de la pneumonie sous leur influence, est-il rien de moins prouvé?

Ce qui a dû souvent induire en erreur les médecins qui ont préconisé cette médication, c'est que parfois la bronchite, au début, se présente avec plusieurs des caractères de la pneumonie. J'ai vu plusieurs cas à la Salpêtrière, et tout récemment j'en ai observé un en ville, qui pouvaient très-facilement donner lieu à cette erreur. Dans ces cas, la bronchite s'était développée avec un mouvement fébrile assez intense, il y avait une grande oppression, la toux était fréquente et douloureuse, et il existait en même temps des douleurs très-vives dans quelques-uns des nerfs intercostaux, douleurs qui simulaient parfaitement le *point de côté* de la pneumonie. Si donc, comme plusieurs médecins, on ne reconnaissait pas la grande valeur du siége du râle dans les inflammations de la poitrine; si, comme eux, on pensait que le râle peut occuper dès le début les deux côtés dans la pneumonie, on devrait presque nécessairement admettre, dans des cas semblables, l'existence d'une pneumonie double qu'il serait facile de faire avorter. Et ceci n'est point une vaine supposition; c'est évidemment ce qui a eu lieu dans bien des cas où l'on croit avoir triomphé d'une pneumonie double au début, soit en l'attaquant par l'oxyde blanc d'antimoine, soit en la *jugulant* par les saignées coup sur coup, comme a prétendu le faire M. Bouillaud (1).

Tout porte donc à croire que ce sont de pareils faits qui ont fait accorder aux vésicatoires une confiance assez grande pour qu'on ait cru qu'ils avaient fait avorter la pneumonie.

Dans un cas que j'ai observé récemment, l'erreur était plus facile encore, puisque, avec les symptômes précédemmment indiqués, il n'y eut, dans les premières heures, du râle que d'un seul côté; l'autre ne présentait que quelques craquements très-rares, qu'on ne découvrait qu'avec beaucoup d'attention. Mais ce qui, dans des circonstances pareilles, tend encore à faire regarder les vésicatoires comme très-efficaces, c'est que la douleur dont il est ici question se dissipe très-promptement sous leur

(1) Cet auteur se plaint beaucoup de ce qu'on l'accuse fréquemment d'erreurs de diagnostic; mais il y aurait, pour empêcher ces accusations, un bien meilleur moyen que de se plaindre; ce serait de ne point commettre ces erreurs, de ne point les publier sans s'en apercevoir, et surtout de ne pas vouloir les faire servir au triomphe d'un traitement que M. Bouillaud cherche en vain à faire adopter depuis près de quinze ans.

influence ; qu'aussitôt qu'elle est enlevée, la respiration devient plus libre et plus facile, et qu'il ne reste plus qu'un peu de râle sous-crépitant, qui ne tarde pas à se dissiper, comme dans une bronchite ordinaire. On croit alors avoir eu affaire à une pneumonie avortée; mais on se prépare bien des mécomptes.

Dans les véritables pneumonies, lorsque l'inflammation du *parenchyme pulmonaire* existe réellement avec un mouvement fébrile un peu marqué, il suffit d'un vésicatoire peu étendu pour occasionner une excitation marquée, l'agitation, l'insomnie, l'augmentation du mouvement fébrile, et souvent pour neutraliser l'effet des premiers moyens employés. Que serait-ce donc si l'on appliquait ces vastes vésicatoires qui, par leur grande étendue, constituent une inflammation intense ajoutée à une autre inflammation?

Nous savons bien qu'on prétend *substituer et non ajouter* l'inflammation cutanée à l'inflammation parenchymateuse ; c'est, dit-on, un transport de l'irritation centrale à la périphérie, et l'on ne manque pas de raisonnements pour expliquer cette transposition ; mais ce sont des faits et non des raisonnements qu'il faut, et nous avons vu que rien ne prouve que les faits invoqués en faveur de cette théorie aient été bien observés, tandis qu'il en est d'autres bien positifs qui la repoussent complétement. A-t-on après cela des motifs sérieux de mettre en usage une médication aussi douloureuse et aussi fatigante? Nous croyons qu'après y avoir réfléchi, tous les praticiens se prononceront pour la négative.

Nous avons parlé jusqu'ici des vésicatoires appliqués dans la période d'acuité de la pneumonie ; mais lorsque la fièvre est tombée, lorsque la douleur a cessé, et qu'il n'existe plus qu'un engorgement du poumon reconnaissable à la persistance des symptômes locaux, le vésicatoire a-t-il ces avantages que nous n'avons pu lui reconnaître à une époque moins avancée? Il faut dire que parmi les médecins qui rejettent avec le plus de force le vésicatoire appliqué dans le moment où le mouvement fébrile est intense, il en est quelques-uns qui ont la conviction que ce moyen favorise plus tard la résolution de l'engorgement inflammatoire. Mais encore ici nous manquons complétement de preuves, ou plutôt nous avons les faits de M. Louis, qui démontrent que la maladie a eu une durée plus longue dans les cas où l'on a appliqué les vésicatoires. Si donc on n'est pas autorisé (vu le nombre trop peu considérable des faits) à regarder ce moyen comme retardant la guérison, on l'est bien moins encore à dire qu'ils servent à l'accélérer. A quoi bon d'ailleurs faire souffrir les malades, les priver peut-être du sommeil qu'ils n'ont pas goûté depuis plusieurs jours, lorsque nous savons d'une manière positive qu'une

fois ce mouvement fébrile dissipé, la résolution de l'inflammation a lieu naturellement? Ainsi, sous quelque point de vue qu'on envisage cette indication, elle ne nous offre aucun avantage réel.

Les vésicatoires sont bien plus souvent encore employés dans la *pleurésie*. Ici on a principalement pour but de faciliter la résorption du liquide contenu dans la plèvre; mais arrive-t-on bien réellement à ce résultat? Il faut le dire, on n'est nullement en mesure de se prononcer sur ce point; en sorte que les médecins n'agissent véritablement ainsi que parce qu'ils veulent suivre une pratique usitée, et nullement parce qu'ils ont pu se convaincre de l'efficacité du moyen thérapeutique. Ajoutons toutefois que s'il n'est nullement démontré que les vésicatoires aient, dans le traitement de la pleurésie, plus d'avantage que dans celui de la pneumonie, du moins dans la majorité des cas ils ont beaucoup moins d'inconvénients; ce qui tient tout simplement à ce que le mouvement fébrile est moins intense.

Au reste, il faut distinguer, relativement à ces inconvénients, l'application du topique à une époque peu avancée de la maladie, et à l'époque où la fièvre est entièrement tombée. La plupart des médecins ne font usage de ce moyen qu'à cette dernière époque, où l'excitation produite est beaucoup moins marquée. Si donc on peut dire qu'on fait assez souvent abus du vésicatoire dans le traitement de la pleurésie, c'est plutôt parce que ce moyen n'a pas une utilité démontrée, que parce qu'il a des inconvénients évidents. Il n'en serait pas moins nécessaire d'éclairer cette question par des recherches bien faites; car enfin, il faut le redire, ce n'est pas sans des motifs bien fondés qu'on doit recourir à une semblable médication. Faisons remarquer ici que dans ces recherches il ne faudrait pas se borner à constater si la maladie a guéri dans les cas où l'on aurait appliqué les vésicatoires, car la pleurésie tend par elle-même à la guérison. Il faudrait s'assurer si elle a guéri plus promptement; si le liquide s'est réellement résorbé avec une plus grande rapidité; s'il n'y a point eu d'agitation vive, d'insomnie; en un mot, d'accidents notables causés par les vésicatoires. Comme toutes les questions de thérapeutique, celle-ci présente un certain nombre d'éléments dont aucun ne doit être négligé si l'on veut arriver à la vérité.

Quant aux autres maladies aiguës des voies aériennes, nous n'avons pas à nous en occuper ici, car en général on ne fait pas abus des vésicatoires dans leur traitement. Cependant on a proposé d'employer ce moyen dans la *bronchite capillaire* un peu étendue, avec symptômes graves. Mais, à ce sujet, nous aurions à présenter les mêmes réflexions que nous a suggérées le traitement de la pneumonie.

Dans certaines *affections cérébrales chroniques*, on applique des

vésicatoires, soit à la nuque pour opérer une révulsion, soit aux extrémités pour établir une espèce de dérivation. Nous n'avons point à nous occuper ici de ces cas, mais nous avons à constater que de cette pratique, mise en usage dans des affections le plus souvent non fébriles, on a tiré des conséquences très-fâcheuses pour le traitement des maladies fébriles avec symptômes cérébraux. Ne voyons-nous pas tous les jours des médecins appliquer aux mollets, aux cuisses, et même sur la tête, des vésicatoires, dans l'intention de faire cesser des symptômes cérébraux dus à des maladies très-diverses? Que dans une fièvre typhoïde, dans une pneumonie, dans une fièvre exanthémateuse, il survienne de l'agitation, de l'insomnie, du délire, de la somnolence, aussitôt, pour révulser ou détourner soit la congestion, soit l'irritation qu'on suppose exister dans l'encéphale, on a recours aux topiques irritants, et souvent aux vésicatoires. Mais n'est-il pas suffisamment démontré aujourd'hui que ces symptômes cérébraux sont sous l'influence immédiate du mouvement fébrile? que plus celui-ci est intense, plus les phénomènes se montrent avec facilité et avec violence? Or, en supposant même que par leur moyen on pût déplacer jusqu'à un certain point une irritation ayant son siége dans la tête, cet effet ne serait-il pas neutralisé et au delà par l'augmentation du mouvement fébrile, qui, en pareille circonstance, suivrait nécessairement l'application des emplâtres vésicants?

Dans d'autres maladies on a un double but; ainsi dans les fièvres exanthémateuses, dont je parlais tout à l'heure, on veut souvent rendre l'éruption plus abondante vers les extrémités, ou bien favoriser cette éruption lorsqu'elle se fait mal, en même temps qu'on cherche à dissiper les symptômes cérébraux. D'autres fois c'est un symptôme local qu'on veut faire disparaître, comme une gêne considérable de la respiration, par exemple; d'autres fois encore, et j'en ai vu récemment un exemple, on espère, à l'aide d'un large vésicatoire, faire disparaître une péritonite vraie ou supposée, dans laquelle on trouve la source du mouvement fébrile et de tous les accidents consécutifs. Eh bien! dans tout cela, nous ne craignons pas de le dire, il y a un véritable abus; abus, parce que rien ne prouve qu'on arrive au résultat qu'on s'est proposé; abus, parce que dans toutes ces circonstances on néglige cette excitation si évidente dont j'ai tant de fois parlé, et qui ne tend à rien moins qu'à produire des effets entièrement opposés à ceux qu'on en attend.

Je pourrais citer d'assez nombreux exemples qui prouveraient que ce ne sont point là de vaines idées spéculatives, mais que les choses se passent journellement comme nous le disons. Nous avons vu dans un cas de scarlatine très-grave un large vésicatoire appliqué sur la poitrine dans le but de calmer les accidents qui avaient lieu du côté des voies respira-

toires, augmenter à ce point les symptômes cérébraux et le mouvement fébrile, que le pouls était devenu presque impossible à compter, tant il était rapide, et que le malade a succombé au milieu de transports furieux. Dans un autre cas où l'on avait cru à l'existence d'une péritonite, quoiqu'il ne s'agît que d'une fièvre typhoïde avec météorisme, coliques violentes et vomissements, un large vésicatoire détermina un délire intense, avec exaltation de tous les phénomènes fébriles, accidents qui cessèrent presque immédiatement après qu'on eut remplacé l'emplâtre épispastique par un cataplasme émollient pour calmer l'irritation cutanée.

Nous ne multiplierons pas davantage ces exemples ; ce que nous avons dit s'applique facilement aux divers cas où l'on met en usage les vésicatoires dans les maladies aiguës et surtout dans les maladies fébriles. Quant aux *sinapismes*, n'agissent-ils pas de même, quoique avec moins d'intensité, parce qu'on a soin de ne produire que la rubéfaction? Et cependant on sait avec quelle profusion on les prescrit dans la plupart des maladies. Ne serait-il pas temps enfin qu'au lieu de suivre, dans l'application de ces moyens, une aveugle routine, on s'occupât de rechercher dans quels cas ils sont réellement utiles, et jusqu'à quel point ils sont utiles?

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que de l'application des vésicatoires et des sinapismes en général, sans rien dire de particulier relativement à la thérapeutique du premier âge ; et cependant c'est, on peut l'avancer sans crainte, dans les *maladies des enfants* qu'on a le plus prodigué et que quelques médecins prodiguent encore le plus ces topiques irritants.

Chez les *enfants*, comme on sait, les symptômes cérébraux se produisent très-facilement sous l'influence de toutes les maladies fébriles ; aussi à chaque instant redoute-t-on chez eux l'apparition de ce qu'on appelle vulgairement une *fièvre cérébrale*, et a-t-on recours pour s'y opposer aux moyens dont nous parlons. Mais n'est-il pas évident que par cela même que les symptômes nerveux sont très-faciles à se produire dans le jeune âge, cette médication a plus d'inconvénient que dans l'âge adulte ? La douleur, qui est plus difficilement supportée par les enfants, ne suffirait-elle pas seule pour porter à un haut degré l'excitation que l'on veut combattre? Dernièrement encore j'ai vu, chez un enfant de cinq ans atteint d'un coryza avec amygdalite légère accompagnée d'une fièvre assez marquée, appliquer des sinapismes aux mollets parce que les yeux étaient animés, que la face était rouge, et qu'il y avait une agitation assez marquée. Eh bien ! dès qu'ils se firent sentir, les accidents augmentèrent d'une manière extrêmement notable, et l'on

observa pendant toute une nuit, quoiqu'on eût enlevé les sinapismes au bout d'un quart d'heure, des réveils en sursaut, une frayeur vive, symptômes qui très-probablement n'auraient point eu lieu, à ce degré du moins, si on n'avait point appliqué ces topiques irritants.

Ne voyons-nous pas d'autres médecins mettre des vésicatoires sur le ventre chez des enfants atteints d'une simple entérite, d'autres employer le même moyen pour combattre les accidents de la dentition, et la plupart faire abstraction de tous les inconvénients que nous avons signalés pour ne s'occuper que de résultats souvent imaginaires ?

Une cause de cette grande confiance accordée aux vésicatoires dans le traitement de plusieurs des maladies de l'enfance, se trouve peut-être dans la crainte exagérée que l'on a des effets des substances narcotiques chez les sujets du premier âge. Ainsi, l'on sait que dans l'entérite les opiacés ont un succès prompt et presque toujours certain ; mais on craint l'action des narcotiques, on a peur précisément de ces symptômes cérébraux dont nous parlions tout à l'heure, on préfère un vésicatoire sur le ventre. Et qu'arrive-t-il ? c'est que, d'une part, on ne parvient pas à enrayer la maladie principale, et que, de l'autre, on provoque souvent ces mêmes symptômes qu'on voulait prévenir. J'en ai vu un exemple chez un enfant de huit mois, qui ne sortit de son état d'exaspération qu'après la suppression des vésicatoires, et dont l'entérite céda très-facilement aux lavements laudanisés et aux émollients.

Quant à l'emploi des opiacés chez les enfants, j'ai dit ailleurs (*Guide du médecin praticien*, tom. IV; *Maladies de voies digestives*) combien était exagérée la crainte qu'ils inspirent, et j'ai cité un cas dans lequel six gouttes de laudanum par jour ont pu être administrées à un enfant d'un mois affecté d'un dyssenterie extrêmement violente, sans qu'il en soit résulté d'autres inconvénients qu'un très-léger narcotisme, comme cela aurait eu lieu chez un adulte à proportions égales.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet intéressant. Nous faisons des vœux pour que les observateurs en fassent l'objet de leurs recherches ; tout ce que nous avons voulu montrer ici, c'est que l'on prodigue beaucoup trop, dans les maladies fébriles, des moyens qui peuvent être utiles dans quelques cas, mais qui, dans un grand nombre, ont des inconvénients non douteux ; et notre conclusion c'est que, dans l'état actuel de la science, les vésicatoires appliqués dans les cas de maladie aiguë fébrile ne peuvent inspirer qu'une confiance très-bornée, tandis qu'ils doivent très-souvent faire naître des craintes qui, d'après les exemples cités plus haut, ne sont malheureusement que trop fondées.

VALLEIX.

DE QUELQUES APPLICATIONS UTILES DE MÉDECINE IATRALEPTIQUE.

Parmi les découvertes qui assurent à la médecine moderne une supériorité incontestable sur celle des siècles qui nous ont précédés même le plus immédiatement, je ne crois pas qu'aucun médecin se refuse à compter celle des bases actives de nos meilleurs médicaments. Il ne serait certainement pas raisonnable de soutenir que les sels de quinine, de morphine, et à plus forte raison des autres alcalis végétaux, remplacent toujours et partout toutes les autres préparations de quinquina, d'opium, etc. Tous les médecins sages se plaisent au contraire à conserver et à utiliser ce qui subsiste de bien et d'efficace dans l'héritage que le passé nous a transmis; mais nous n'en devons pas moins accepter avec un vif empressement les conquêtes modernes; et en matière médicale, la simplification des agents les plus héroïques, l'augmentation de puissance que nous en avons obtenue, la facilité plus grande d'employer et de gouverner nos auxiliaires les plus sûrs, me paraissent un des plus grands pas qui aient été faits dans la bonne voie. L'activité des moyens thérapeutiques s'est trouvée ainsi isolée et multipliée. On a pu d'une manière certaine et nette obtenir les mêmes résultats avec des doses comparativement minimes, et penser avec confiance à des modes d'administration dont les préparations des temps passés n'autorisaient presque pas l'essai.

A quelques exceptions près, les vrais médicaments, mêlés avec des masses inertes plus ou moins volumineuses, devaient d'abord passer par les voies digestives pour agir; les fomentations, les frictions, les bains médicamenteux offraient, seulement pour des cas exceptionnels, des ressources même trop souvent contestables. Les bases actives dégagées, en même temps qu'elles ont simplifié la digestion des médicaments avalés, ont rendu plus sûres et plus raisonnables les autres manières d'ingérer la puissance médicatrice. C'est ainsi qu'on a été conduit à reconnaître toute la valeur de la méthode dite *endermique*. Il n'y a plus à présent de médecin qui n'ait eu sous les yeux des preuves multipliées des bons résultats qu'on obtient chaque jour en mettant des agents thérapeutiques actifs en contact immédiat avec le derme dénudé. C'est aussi à l'aide des agents actifs que nous possédons que j'ai cru, dans un certain nombre de circonstances, pouvoir aller plus loin. Il m'a paru que des alcalis végétaux agissaient d'une manière marquée sur la peau même encore couverte de son épiderme. Des essais de ce genre que j'ai tentés avec la *morphine*, la *strychnine* et la *quinine*, m'ont fourni des résultats dignes d'appeler l'attention des médecins. Je les

publie sans autre prétention que de vulgariser des choses qui m'ont paru bonnes.

Voici ce que j'ai vu :

Pour la morphine, je me suis servi presque toujours d'une pommade composée de

Chlorhydrate de morphine	0,50
Axonge.....................	30 grammes

exactement mêlés.

On en étend sur le lieu d'élection une masse plus ou moins considérable suivant l'étendue de la partie endolorie et l'intensité de la douleur, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noisette, et on répète ces frictions ou plutôt ces onctions autant que l'exige la persistance du mal.

D'après ce que j'ai observé, je recommande ce moyen pour un assez grand nombre de cas ; ainsi :

Dans presque toutes les névralgies, il m'a semblé ou seconder puissamment ou remplacer tout à fait la morphine par la méthode endermique. L'usage de cette pommade m'a donné de beaux succès en l'appliquant soit sur les parties de la face endolorie dans des névralgies de la cinquième paire, soit le long du trajet du nerf sciatique, dans des névralgies du nerf de ce nom, soit sur la région précordiale dans des névralgies du cœur, ou sur le trajet des nerfs intercostaux, quand ces nerfs se trouvent le siége du mal, ou enfin sur les régions pédieuse, inguinale et épigastrique, quand c'était en ces points qu'il fallait appliquer le remède.

Le plus souvent, les onctions ainsi faites ont suffi pour modérer momentanément les accès de la douleur ; quelquefois elles ont réussi même à la calmer entièrement et sans retour ; presque toujours enfin elles ont achevé et complété une guérison que d'autres moyens plus actifs avaient déjà fort avancée.

Un cas surtout m'a paru puissamment modifié par les onctions dont je parle, c'est la gastralgie. Soit qu'on ait affaire à une gastralgie simple, soit qu'il s'agisse de ces douleurs excessives de nature gastralgique, qui accompagnent souvent le squirrhe ou le cancer de l'estomac, les onctions à la morphine seules, ou accompagnées, suivant le cas, de l'usage de magnésie calcinée et d'une potion contenant depuis 0,03 jusqu'à 0,10 de chlorhydate de morphine, ont presque toujours développé sous mes yeux une efficacité précieuse. La digestion, jusque-là impossible et presque toujours horriblement douloureuse, se rétablit le plus souvent et s'opère presque sans douleur, à la vive satisfaction des

malades. On retrouve, sous l'influence de ce moyen, le sommeil depuis longtemps perdu, et des désordres de l'apparence la plus formidable font place à une quasi-santé comparativement très-tolérable.

Presque toujours, dans les cas les plus simples, chez les femmes nerveuses, chez les sujets habituellement névropathiques, les onctions de sel de morphine ont suffi pour ramener le calme. Je n'oublierai jamais particulièrement l'histoire d'une dame condamnée pendant des semaines à ne digérer que sous l'empire d'une friction de cette nature faite chaque jour à l'épigastre au moment du repas. Ce moyen, combiné, suivant les indications, avec des préparations de fer, des bains froids jusqu'à 18°, 15° et même 12° au-dessous de zéro, des précautions infinies dans le choix des aliments, a fini par amener une guérison qui paraît solide depuis plusieurs mois.

De tout ce que j'ai tenté dans ce sens, est résultée pour moi la conviction que les onctions avec la pommade de morphine peuvent, dans un grand nombre de cas, remplacer la morphine administrée par la méthode endermique ; qu'elles ont certainement une activité moindre et par conséquent insuffisante dans quelques occasions ; mais aussi qu'elles sont préférables toutes les fois qu'on cherche à introduire dans l'économie une très-petite quantité de cet énergique médicament, sans risquer des douleurs, des excoriations toujours fâcheuses, et des troubles des centres nerveux, qu'on affecte ainsi beaucoup moins. Je regarde en outre ce procédé comme une continuation utile de la médication narcotique, quand les moyens les plus actifs employés ont ramené du calme, et qu'on ne cherche plus qu'à continuer une impression dont la suspension pourrait donner lieu à quelque retour des maladies capricieuses auxquelles on oppose par excellence ce puissant sédatif.

Quant à la strychnine, je ne l'emploie guère que dans ces paralysies du sentiment ou du mouvement que l'on regarde jusqu'à présent comme exemptes d'altération matérielle. Dans tous les autres cas, la lésion locale du système nerveux me paraît devoir dominer toute la thérapeutique, comme elle domine toute la pathogénie. Alors je comprends et j'approuve toute médication destinée à modifier en bien dans sa nature ou dans sa marche l'altération matérielle *undè mali labes*, et l'usage quelconque de la strychnine me semble plus dangereux qu'utile.

Mais dans les paralysies spéciales *sans matière*, dont je veux parler ici, les indications ne sont plus les mêmes. C'est le point affecté qui, jusqu'à nouvel ordre, me semble appeler l'attention et les efforts du médecin, et je dois dire que cette manière de voir m'a déjà procuré d'assez beaux résultats pour que je ne craigne pas d'invoquer sur le même sujet l'expérience raisonnée des praticiens de notre temps.

C'est particulièrement contre les paralysies saturnines que ce traitement m'a réussi. Pour cela, je fais faire une pommade composée de

Strychnine	0,10
Axonge..................	30 grammes.

Et le malade en frotte matin et soir les parties affectées.

On sait combien ces paralysies sont fréquentes; les ouvriers qui travaillent à la céruse, au minium, les peintres, les potiers de terre, ont le triste privilége de fournir dans tous nos hôpitaux de nombreuses occasions de mettre en pratique les traitements de toutes sortes qui ont été conseillés. On sait aussi combien ces maladies sont rebelles, et avec quelle facilité elles récidivent quand les malheureux qu'elles avaient frappés recommencent à se livrer aux travaux qui avaient déja causé leur mal.

Eh bien! c'est surtout contre ces paralysies malheureusement si fréquentes et si rebelles que le traitement dont je parle m'a paru utile.

J'ai d'abord voulu faire prendre la strychnine à l'intérieur; mais, d'une part, l'énergie de ce moyen m'a bientôt forcé d'en suspendre l'administration et surtout l'administration progressive; d'autre part, l'amélioration a été presque nulle, même dans le cas où j'ai pu continuer le traitement en ménageant avec soin les doses.

J'ai voulu alors recourir à la méthode endermique; mais la strychnine n'a pas tardé à exciter une vive inflammation autour du vésicatoire sur lequel on l'appliquait, et rien ne m'a paru plus difficile que d'entretenir ainsi pendant le temps convenable une surface dénudée qui n'eût point d'inconvénient et restât capable d'absorber le médicament. Presque toujours, au bout d'une semaine ou deux tout au plus, force m'a été de fermer la plaie et de chercher ailleurs le moyen d'action que je ne pouvais pas conserver.

C'est alors que le moyen dont je traite ici est venu à mon aide. Expérience faite, je le regarde comme bon. Aujourd'hui j'ai toujours dans mon service de l'Hôtel-Dieu (annexe) plusieurs de ces malades en traitement, c'est-à-dire en voie de guérison, et presque tous les jours je constate un peu d'amélioration dans leur état, soit parce qu'ils sentent d'une manière plus normale les objets qu'ils palpent ou le sol sur lequel ils appliquent la plante de leurs pieds, soit parce qu'ils se soutiennent mieux sur leurs jambes ou qu'ils relèvent mieux leurs mains tombées, soit enfin parce qu'ils serrent avec plus de force les corps qu'on leur donne à tenir.

Je dois dire seulement, pour être complétement vrai, que l'amélioration dans leur état est excessivement lente ; la plupart ne guérissent

qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois; beaucoup, ennuyés, quittent l'hôpital avant leur guérison complète, et reprennent leur travail aussitôt qu'ils se sentent un peu de force; un certain nombre me sont déjà revenus beaucoup plus malades qu'ils n'étaient sortis, soit parce qu'ils ont repris le même genre de travail, soit parce qu'ils n'étaient pas assez avancés dans leur guérison quand ils ont voulu s'en aller; mais je dois dire aussi qu'un certain nombre, sortis guéris et mieux inspirés, ont conservé l'usage qu'ils avaient repris de leurs poignets et de leurs doigts. Je ne peux pas, dans tous ces faits, ne pas attribuer aux moyens thérapeutiques l'amélioration que je ne manque pas d'obtenir chez le plus grand nombre de ceux que je soumets exclusivement à ce traitement, et la guérison de quelques-uns qui ont eu assez de patience pour aller jusqu'au bout.

Enfin, un troisième médicament me présente encore assez souvent l'occasion de constater des guérisons obtenues sous la même forme : c'est la quinine.

Je me sers d'une pommade composée de sulfate
acide de quinine. 1,50
Axonge. . . . . 30 grammes.

Et on en emploie le plus possible pour chacune des frictions qu'on fait dans les intervalles des accès.

Les cas dans lesquels ce traitement m'a paru efficace sont les suivants :

Certains estomacs ne peuvent pas supporter le sulfate de quinine, qu'il y en ait eu ou non abus ou usage long et très-actif, et il arrive quelquefois en même temps qu'une irritation bien caractérisée du gros intestin empêche ou dérange l'action des lavements médicamenteux, ou bien que le trouble de la tête se montre redoutable sous l'influence des doses les plus sages de ce moyen héroïque. Dans ces circonstances, il m'est souvent arrivé d'avoir à me louer beaucoup des frictions répétées avec la pommade formulée plus haut; j'avais ainsi évité les inconvénients, faciles à prévoir, des conditions organiques dont je viens de parler; et l'action du médicament, quoique moins prompte et moins sûre que si j'avais pu recourir aux procédés ordinaires, ramenait néanmoins encore par degrés les fonctions à leur exercice normal; j'ai vu nombre de fois les accès ou redoublements diminuer peu à peu et finir par s'éteindre entièrement.

Cette médication m'a surtout paru produire d'excellents effets chez les enfants à la mamelle pris de fièvres d'accès, et en même temps d'engorgements de la rate. Le sulfate de quinine, administré avec constance en frictions sur la région splénique, a fini le plus souvent par faire

disparaître et l'engorgement de la rate, et la couleur isabelle de la peau, et la bouffissure de la face, et surtout les accès fébriles réguliers. Plusieurs fois j'ai heureusement employé, en même temps que ce moyen, des lavements amidonnés et légèrement laudanisés, chargés de quelques décigrammes de sulfate acide de quinine; mais je suis sûr aussi d'avoir réussi sans qu'on ait eu recours à ce dernier moyen.

Enfin, un troisième ordre de faits m'a semblé favorable à la médication dont je parle ici. On rencontre parfois, et surtout dans le monde, des sujets originairement débiles ou affaiblis par une longue maladie; des femmes nerveuses et sans force, qui souffrent physiquement et moralement sans que néanmoins on puisse saisir et constater la présence d'une altération matérielle de quelques organes, qui s'affaissent sous les yeux du médecin si on ne les soutient pas, et néanmoins ne peuvent s'approprier utilement par les fonctions digestives aucun des excitants, des analeptiques hygiéniques ou médicamenteux, dont on voudrait pouvoir leur conseiller l'usage; j'ai constaté souvent alors que des frictions de pommade au sulfate de quinine répétées aux aines, à l'épigastre, aux jarrets, aux aisselles, le long du rachis, remplissent d'une manière merveilleuse la grande et seule indication qu'on puisse saisir, soutenir et donner des forces, tandis que toute autre voie d'assimilation est fermée ou même dangereuse.

J'aurais pu étendre beaucoup cette note si j'avais voulu examiner toute la série des agents médicamenteux qu'il est possible d'introduire par absorption; mais je n'ai voulu qu'appeler ici l'attention sur l'usage qu'on peut faire en frictions de trois de nos médicaments les plus sûrs et les plus utiles.

D. S. Sandras.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU GOÎTRE CYSTIQUE ET DE SON TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS IODÉES.

Par M. Ant. Bouchacourt.

L'histoire anatomique des maladies susceptibles d'être guéries par des moyens opératoires n'est pas seulement intéressante au point de vue scientifique. Dans une foule de cas, il ressort de la notion exacte des modifications morbides subies par les tissus ou par les organes une conséquence directement applicable au traitement qu'elles réclament; d'où il suit que

les distinctions admises par les auteurs dans la maladie connue sous le nom de *goître*, ne doivent pas être rejetées comme inutiles ou comme objets de simple curiosité. S'il est vrai que dans leurs symptômes locaux et généraux, l'affection cancéreuse à part, les maladies du corps thyroïde ne diffèrent pas sensiblement les unes des autres, on ne disconviendra pas que la simple hypertrophie ne doive réclamer un traitement différent de la tumeur vasculaire ou accompagnée d'un développement considérable de vaisseaux. Les kystes du cou, et de la glande thyroïde en particulier, ne doivent pas être traités par les moyens que réclament des tumeurs cancéreuses, scrofuleuses, ou des engorgements inflammatoires; donc il est utile de conclure pratiquement à l'importance de bien établir, avant de commencer un traitement, le diagnostic rigoureux, non-seulement du siége, mais aussi de la nature de toute tumeur du cou.

J'ai vu plusieurs fois cette détermination précise conduire à l'emploi de moyens thérapeutiques d'une application facile et heureuse; deux fois j'ai été dans le cas d'exécuter moi-même ce qui me semblait rationnellement indiqué pour des cas de goîtres cystiques. Pour parler d'autres faits se rattachant à d'autres méthodes, et que j'ai pu observer à diverses époques, je m'arrêterai plus particulièrement à deux observations recueillies en 1841 et 1843; j'y joindrai comme corollaires les réflexions qu'elles m'ont naturellement suggérées.

Obs.* I. *Tumeur enkystée du cou. Ponction et injection iodée. Guérison. — Mme Olier, âgée de trente ans, demeurant à Lyon, rue du Port-Charlet, no 22, a quitté depuis trois ans Sainte-Foy-l'Argentière, son pays natal. Mariée depuis quelques années, elle n'a eu d'autre maladie qu'une otite catarrhale qui lui a laissé l'ouïe un peu dure. Elle s'est aperçue il y a huit mois, et sans cause connue (alors elle habitait un rez-de-chaussée humide dans la rue de l'Hôpital), du développement d'une tumeur à la partie inférieure et latérale gauche du cou, au-dessus de la clavicule correspondante. Indolente d'abord, gênant les mouvements du cou, et quelquefois la respiration, cette *grosseur* augmenta peu à peu de volume, et finit par avoir un diamètre transversal de huit centimètres et une hauteur de six centimètres. Au moment où la malade vint me consulter (novembre 1841), on sentait dans le lieu indiqué une saillie dure, bosselée, peu douloureuse à une pression modérée. La fluctuation qu'on y percevait avec quelque peine annonçait la présence d'un liquide renfermé dans une enveloppe épaisse. La peau, rouge en quelques points, ayant son épaisseur normale, est sans adhérence avec la tumeur. Celle-ci paraît se prolonger en arrière et en dehors vers le creux sus-claviculaire, et directement en bas derrière le sternum. Le

muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, facile à isoler dans sa moitié inférieure, se confond en bas avec la tumeur sur laquelle il s'étale, et se trouve tendu. En remontant vers l'os thyroïde, la tumeur finit assez brusquement, et ne paraît pas reposer sur un corps thyroïde notablement hypertrophié; si on presse fortement sur la saillie qu'elle forme au-devant et en dehors du cou, la malade accuse de la douleur, et éprouve une grande gêne dans la respiration; cette gêne existe souvent dans la marche ascendante pendant les efforts musculaires. La voix est légèrement rauque.

D'après les signes que je viens d'exposer, admettant l'existence d'un goître cystique formé par un kyste séro-purulent, développé aux dépens d'un ou de plusieurs ganglions lymphatiques, je proposai à Mme Olier la ponction suivie de l'injection iodée. La malade s'y décida. Nous arrêtames l'opération pour le 20 novembre. Après la ponction avec le petit trocart à hydrocèle, qui laissa écouler une demi-verrée de pus séreux très-clair, mêlé de quelques flocons albumineux, j'injectai dans le kyste un mélange d'eau de rose 15 grammes, teinture d'iode 4 grammes. La tumeur se rèforma en partie immédiatement, augmenta encore et devint très-douloureuse les jours qui suivirent. Une inflammation suppurative s'en empara. Le 1er décembre je fis une ponction assez large avec le bistouri; du pus très-épais s'écoula avec des grumeaux de sang et des flocons caséeux, quelques-uns d'un aspect membraneux. Au bout d'un mois et demi, il restait une légère saillie à la partie inférieure du cou, dans le point occupé par la tumeur : la plaie résultant de l'ouverture de l'abcès était cicatrisée.

J'ai revu la malade le 28 juillet 1843, vingt mois après l'opération. Le cou semble n'avoir jamais été le siége d'une tumeur, et conserve dans le centre du lieu qu'elle occupait une cicatrice longue de trois centimètres environ, dans la direction du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, au niveau à peu près de son bord antérieur. La santé générale s'est améliorée, la respiration n'est plus gênée. Mme Olier est mal réglée, elle est sujette à des crises hystériques, qu'elle m'a dit depuis avoir plusieurs fois éprouvées avant l'opération; mais elle ne veut se soumettre à aucun traitement qui exigerait de la contrainte et quelques changements dans ses habitudes.

Je suis porté à croire, d'après ce qui s'est passé chez cette malade après l'apparition de la tumeur et pendant son développement, qu'un des ganglions lymphatiques du cou, voisin du corps thyroïde, dans l'épaisseur de son enveloppe celluleuse, ou même dans les interstices qui séparent ses lobules, a été primitivement atteint. Infiltré de pus, son tissu se sera ramolli et comme dissous; le tissu cellulaire environnant

s'est épaissi, et, devenu un véritable kyste, a pris, par son développement consécutif, l'aspect d'une tumeur appartenant au corps thyroïde. Au reste, même apparence extérieure, même gêne dans les mouvements, dans la respiration, même influence sur la voix, et nécessité d'un traitement analogue; en un mot, les caractères communs au goître enkysté et à ces tumeurs justifient le rapprochement que j'ai essayé d'établir entre elles.

La compression de la trachée s'explique par l'accroissement de la tumeur, sa prolongation dans l'espace rétro-sternal et au-dessous du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. L'une de ces trois circonstances suffit à elle seule pour expliquer la gêne de la respiration, les accès de suffocation et l'altération de la voix. Tout récemment j'ai pu, dans l'examen anatomique d'un goître volumineux, me convaincre des résultats de la pression exercée par des tumeurs analogues sur le conduit aérien. Sur une femme de cinquante-cinq ans qui succomba aux ravages d'un cancer utérin dans le service de M. Imbert, à l'Hôtel-Dieu, le corps thyroïde, notablement hypertrophié, entourait et comprimait la trachée-artère; celle-ci, rétrécie à son origine et à sa partie moyenne, déviée à droite, offrait un aplatissement transversal et légèrement antéro-postérieur qui réduisait au moins d'un tiers son calibre. Chez cette femme, je constatai en outre un emphysème pulmonaire fort étendu, et une dilatation des cavités droites du cœur. Ces altérations ont d'ailleurs déjà été signalées. Au point de vue de l'influence exercée par le goître sur les poumons et le cœur, on peut lire un travail de Lullier Winslow, inséré dans le *Journal général de médecine* (1816, tom. LVII, pag. 414). Et, plus récemment, dans son *Traité des sections tendineuses*, M. Bonnet a fixé l'attention sur l'action compressive produite ou favorisée par les contractions des muscles sterno-mastoïdiens passant sur la tumeur, ou tendant les feuillets aponévrotiques qui la recouvrent. Il en déduit le conseil de pratiquer la section du muscle, et de faire cesser par cette incision des symptômes graves auxquels on ne peut souvent qu'appliquer un traitement palliatif (1). Chez Mme Olier, j'ai noté les rapports de la tumeur avec le muscle sterno-mastoïdien; ils expliquent et justifieraient au besoin l'opinion de ce chirurgien distingué. Le système veineux n'est pas le seul à ressentir l'influence fâcheuse de la compression exercée par le corps thyroïde malade; les artères du cou, et il est facile de le comprendre, peuvent être comprimées, d'où résulte une dilatation anévrysmatique dans les parties situées plus bas. M. le professeur Fuchs, de Gœttingue, m'a montré, en 1842,

(1) *Traité des sections tendineuses*, par A. Bonnet, page 585.

un goître énorme qui paraissait peu saillant en avant durant la vie du malade, mais qui s'était développé en arrière et sur les côtés ; les deux carotides, comprimées contre la colonne vertébrale, s'étaient dilatées au-dessous, et avec elles le ventricule gauche. Les parois de ce dernier, amincies et ramollies, finirent par se déchirer. On voyait sur la pièce, conservée dans l'alcool, une déchirure à bords saillants, longue de quinze millimètres, par laquelle le sang s'était fait jour et avait amené la mort.

J'ai trouvé récemment sur le cadavre d'une jeune femme, dont j'examinais le corps thyroïde avec MM. Faure et Mermet, internes des hôpitaux, une altération que je crois analogue à celle présentée par notre opérée. On verra dans les détails de cette autopsie, recueillis le jour même, que l'altération primitive des ganglions lymphatiques *péri* et *intra-thyroïdiens* n'est point une supposition gratuite. Après un examen superficiel, on aurait placé le siége du mal exclusivement dans la glande thyroïdienne ; tandis que les ganglions voisins étaient seuls essentiellement altérés.

Obs. II (recueillie par M. Faure). *Dissection d'une tumeur enkystée du corps thyroïde ayant son point de départ dans les ganglions lymphatiques de cet organe.* — Le 23 mai 1844, on a trouvé une tumeur située au cou sur une femme âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, et morte, comme l'indique l'autopsie, d'une pleurésie ancienne, accompagnée de tubercules assez nombreux au sommet des deux poumons. L'état des organes sexuels et les plis de la peau du ventre indiquent que cette femme a fait des enfants.

La tumeur du cou est située au niveau du lobe latéral gauche du corps thyroïde ; la peau, à son niveau, n'est que faiblement distendue ; la tumeur offre le volume d'une petite orange ; elle est parfaitement limitée et arrondie. En pressant la tumeur, on la trouve élastique, légèrement fluctuante, on ne diminue pas son volume. Les ganglions lymphatiques voisins ne sont que légèrement engorgés.

On diagnostique un kyste du lobe latéral gauche du corps thyroïde.

On fait une incision longitudinale au niveau de la tumeur ; la peau ne semble pas amincie. Les muscles qui recouvrent le corps thyroïde du côté gauche sont légèrement atrophiés et distendus ; plus pâles que ceux qui recouvrent le lobe latéral droit. Les vaisseaux semblent augmentés faiblement de volume. Arrivé au niveau de la tumeur qui est adhérente et semble faire partie du corps thyroïde, on la dissèque avec soin ; elle se limite parfaitement, et on voit qu'elle n'a que des rapports de contiguïté avec le bord supérieur du lobe latéral gauche qui a augmenté de volume et a formé une cavité dans laquelle est logée la tumeur comme

dans un nid. On ne trouve aucun pédicule. La membrane cellulaire assez lâche qui recouvre la tumeur envoie des prolongements, qui seuls établissent son adhérence avec le corps thyroïde. La tumeur enlevée, on fait une ouverture qui laisse écouler un liquide qu'on recueille pour le soumettre à l'analyse (1). La tumeur s'affaisse, et on voit que sa partie solide est formée par une membrane de l'épaisseur de quatre millimètres dans tous ses points, formée d'un tissu opaque blanc, serré, inextensible, lisse à sa surface extérieure, moins poli à sa face interne. Cette membrane est recouverte par une enveloppe celluleuse qui ne semble être qu'un prolongement de celle du corps thyroïde. A l'intérieur la membrane, dans certains points, est directement en contact avec le liquide qu'elle contenait. Mais, dans sa plus grande surface, elle est recouverte par une pellicule qui semble formée par un tissu vasculaire ; cette pellicule, flottante dans certains points, adhérente avec la membrane dans d'autres, envoie de distance en distance des prolongements qui traversent le kyste, sont adhérents par leurs extrémités et flottants par leur milieu. Cette pellicule, comme pulpeuse, présente des aspérités dans divers points, qui donnent par le toucher la sensation de petits fragments osseux qu'on peut en effet séparer de la pellicule et parfaitement reconnaître.

La glande thyroïde présente encore ceci de remarquable, qu'elle n'a point d'isthme ni de colonne; son lobe latéral droit a son extrémité inférieure augmentée de volume. A l'extrémité inférieure droite, on trouve une tumeur de la grosseur d'une petite noix, que l'on peut isoler de la substance même de la thyroïde, dans laquelle elle est enclavée. Cette tumeur ressemble par son aspect et sa consistance à une induration de ganglions lymphatiques qui tiendrait le milieu entre l'induration du tissu cellulaire et la dégénérescence squirrheuse.

Le sommet du même lobe doit son volume à plusieurs petits kystes à parois transparentes renfermant une substance qui ressemble assez exactement à l'humeur vitrée de l'œil ; tout autour de ces tumeurs les granulations qui constituent le corps thyroïde semblent hypertrophiées; l'humeur jaunâtre qu'il sécrète est en plus grande abondance qu'à l'état ordinaire. Même en l'absence de renseignements précis fournis par la dissection, j'ai la pensée que dans l'observation suivante le corps thyroïde était au contraire primitivement malade; bien que rien ne répugne à croire, eu égard au mode d'invasion de la maladie, à la constitution du sujet et aux détails qu'on va lire, que des glandes lymphatiques enflammées et suppurées n'aient été le siége de cette

(1) Ce liquide renfermait une très-grande quantité d'albumine.

énorme tumeur. La nature du liquide extrait, si différent de celui renfermé dans les kystes précédents (*Obs.* I et II), devrait-elle trancher la difficulté? J'ai l'espoir que des recherches ultérieures et plus étendues sur ce point nous permettront un jour de nous prononcer plus catégoriquement.

Obs. III. *Tumeur enkystée du cou d'un volume considérable développée dans le corps thyroïde, et accompagnée d'une hypertrophie de cet organe. Traitement par la ponction et l'injection iodée. Traitement général consécutif. Guérison.* — Mlle Lh..., ouvrière en robes, âgée de vingt-deux ans, est d'une petite taille, d'une constitution assez grêle et d'un tempérament nerveux ; elle est née à Lyon, d'un père ancien militaire qui s'est toujours bien porté, et d'une mère qui a succombé il y a plusieurs mois à une hémorrhagie cérébrale. Cette jeune personne n'a pas été vaccinée, a été atteinte de la variole il y a neuf ans, et en conserve des traces. Ses règles se sont établies avec quelque peine vers quinze ans ; elles ont manqué quelquefois, et en général n'ont pas été abondantes. On ne doit pas oublier une circonstance qui a pu avoir une influence sur la maladie qui nous occupe. A l'âge de douze ans, après avoir eu à diverses reprises des éruptions à la face et au cuir chevelu (teigne muqueuse), on lui coupa les cheveux ; peu de temps après, il lui vint une petite glande au côté gauche du cou, près de l'extrémité interne de la clavicule correspondante. Petite et mobile d'abord, elle augmenta progressivement de volume, devint plus fixe, et résista à des traitements multipliés. Ce fut inutilement qu'on administra l'éponge calcinée à l'intérieur, qu'on fit faire sur le cou des frictions avec la pommade d'iodure de potassium ; elle atteignit, il y a près d'un an, le volume qui la rend aujourd'hui difficile à supporter, par la gêne qu'elle apporte à la respiration, ou par l'aspect désagréable et presque repoussant qu'elle donne à la malade. En effet, l'excavation qui se trouve limitée en haut par le menton, en bas par les articulations sterno-claviculaires, est remplie par une énorme saillie plus prononcée à gauche qu'à droite, et qui présente trois autres saillies secondaires ; deux occupent les parties antérieure et latérale gauches ; la troisième, moins volumineuse, appartient au lobe droit du corps thyroïde ; les deux premières présentent une fluctuation manifeste qui se transmet sans peine de l'une à l'autre ; de sorte qu'il est permis de croire que leurs deux cavités communiquent librement. Commençant au niveau du menton, en haut, comme je l'ai dit, cette double tumeur se termine en bas derrière la fourchette sternale gauche, et derrière l'articulation sterno-claviculaire du même côté, le muscle sterno-mastoïdien est soulevé en passant au-devant de sa partie moyenne qu'il déprime, d'où résulte la

forme bi-lobée ; la fluctuation est manifeste, soit transversalement, soit verticalement ; la saillie du côté droit est située plus haut et en arrière, séparée de la précédente par un sillon vertical. Elle a le volume d'un œuf de poule allongé, elle est dure et non fluctuante ; je la considère comme appartenant à la glande thyroïde elle-même. Sa peau est saine et mobile ; les veines sous-cutanées sont assez développées ; la respiration est gênée par moments, surtout dans la marche ascendante et après des efforts ; la voix a l'altération ordinaire aux personnes goîtreuses : elle est quelquefois rauque et faible, la malade ressent des maux de tête (quelquefois des douleurs dans les yeux, qu'elle ouvre difficilement). La face est légèrement pâle, ainsi que le reste de la peau. Les muscles sont grêles. Bien qu'assez maigre, la malade dort, mange, et peut vaquer aux occupations de son état. Tels étaient les symptômes, lorsque je fus consulté au commencement de juillet 1843. Je diagnostiquai un goître cystique ou hydrocèle du cou avec un léger développement hypertrophique du corps thyroïde. Je proposai la ponction et l'injection pour obtenir la cure radicale de cette maladie, me réservant de choisir une autre méthode si j'y étais amené par réflexions ultérieures.

Le 22 juillet, assisté de M. Laugier, interne des hôpitaux, je pratiquai l'opération suivante : à l'aide d'un trocart à paracentèse abdominale, je ponctionnai la tumeur vers sa partie inférieure, et le plus près possible de la partie moyenne du cou ; retirant le trocart et laissant la canule, il s'écoula près d'un grand verre d'un liquide brun chocolat, mêlé de quelques flocons fibrineux et d'un peu de sang vers la fin. Les parois de la tumeur, qui étaient molles sans plaques, ce qui m'eût indiqué quelques points d'ossification, étaient revenues sur elles-mêmes, et le volume du cou était sensiblement diminué. A l'aide d'une seringue à injections vésicales, je fis pénétrer par la canule, sans la déplacer, mais en la fixant avec la peau qu'elle traversait, un liquide irritant. Je m'étais arrêté au mélange suivant : teinture d'iode 1 partie, eau-de-vie camphrée 2 parties, eau de rose 4.

Au moment où pénétrait l'injection, la malade éprouva une douleur assez vive qui détermina du malaise et une syncope. La tumeur s'était reformée presque en entier, on y laissa le liquide injecté ; la douleur se maintint assez vive le reste du jour et une partie de la nuit ; il y eut peu de sommeil et une soif assez ardente. (Tisane de tilleul, potion éthérée ; on recouvre la piqûre avec du diapalme et des compresses imbibées du liquide de l'injection). Le lendemain, le cou est douloureux, le mouvement des mâchoires un peu gêné ; du sang brunâtre s'est écoulé par la plaie ; pouls à 96 pulsations le 24 ; le troisième jour, le cou est presque aussi gonflé qu'avant l'opération ; il est très-douloureux. Vers le soir,

la peau de la partie supérieure de la poitrine et inférieure du cou est tendue, douloureuse ; la respiration est un peu gênée ; le pouls est à 120. Chaleur générale vive. Les règles, venues la veille au matin, n'ont duré qu'un jour. (Cataplasmes sur la poitrine, sinapismes aux jambes, potion éthérée et opiacée, tisane idem, du bouillon pour tout régime.)

Le 25, quatrième jour, la malade a reposé une partie de la nuit et quelques moments dans le jour : elle souffre moins de la partie supérieure de la poitrine ; elle éprouve un abattement général, une soif vive, de l'appétit. Le pouls varie entre 96 et 120 ; il est assez fort ; la peau est chaude et sèche. La tumeur n'a pas diminué ; elle est douloureuse à la pression ; il s'écoule de temps en temps un liquide séro-sanguinolent par la plaie. Elle a de la tendance à se fermer. (Même prescription : on donne de l'eau rougie avec du vin de Bordeaux.)

Le 26, huitième jour, il s'écoule un peu de pus par la plaie du trocart. La douleur est moins vive ; tous les symptômes généraux de réaction inflammatoire sont amendés. Pouls à 84. (Prescription idem. Tenir constamment des cataplasmes de farine de lin et de seigle sur le cou : deux soupes, un biscuit dans du vin.)

Le 27 et le 28, le pus continue à s'écouler par la plaie ; les cataplasmes en sont abondamment mouillés ; il s'y joint parfois du sang séreux. On n'y retrouve pas de trace du liquide injecté. Le 28 au soir, la tumeur paraît plus volumineuse et plus tendue ; l'écoulement purulent a diminué, il a fait place momentanément à un sang séreux presque pur. Pouls 96 ; chaleur plus forte, soif un peu moins vive. Une selle. Même traitement.

Le 29, la tumeur ne se vidant pas, je me décide à appliquer sur la plaie du trocart deux pastilles de potasse caustique. Quatre jours après, application de pâte de Vienne, après avoir fendu l'eschare. Vers le 6 août, l'eschare commence à se détacher. La plaie s'agrandit, laisse écouler avec du pus une grande quantité de matière analogue à celle qui sortit au moment de la ponction.

Le 7, on détache entièrement l'eschare avec des ciseaux, sans douleur, la plaie bourgeonne ; on y injecte de l'eau tiède. (Continuation des cataplasmes). La tumeur diminue sensiblement, la fièvre est tombée, l'état général est excellent. La malade, qui s'était refroidie durant les pansements, a été prise d'un léger catarrhe pulmonaire ; une légère moiteur provoquée par des boissons chaudes l'a fait disparaître. L'état général est excellent.

Cessant de donner les détails de l'observation jour par jour, nous nous bornerons à relater que la suppuration continue pendant tout le mois d'août, et que pendant ce temps le volume de la tumeur diminue consi-

dérablement. Vers la fin de septembre, il survient en arrière du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien droit un point dur et enflammé. Cet empâtement, profond d'abord, se porte vers la superficie, et devient de plus en plus douloureux. La fluctuation y étant manifeste, j'y fis une ponction avec le bistouri. Écoulement d'une grande quantité de pus phlegmoneux bien lié ; soulagement immédiat. (Cataplasmes de farine de lin, frictions avec la pommade d'iodure de potassium commencées quelques semaines auparavant et suspendues pendant la période inflammatoire sur le nouvel abcès ; établissement d'un cautère au bras.

Dans le mois de décembre, la partie droite de la tumeur commence à diminuer de volume ; la circonférence du cou est de 35 centimètres. A la fin de janvier, la cicatrisation des deux plaies était complète.

Plusieurs fois les bourgeons charnus qui en naissaient ont été raffermis par le nitrate d'argent. La malade est mise à l'usage du sirop de Portal, de l'iodure de potassium en solution avec la tisane de houblon et de saponaire ; deux bains salés par semaine.

Le 13 mai, j'ai revu la malade, j'ai constaté que, sauf une hypertrophie légère qui persiste encore dans le corps thyroïde et plus particulièrement dans sa moitié droite, le cou a repris son volume et sa forme normaux. La cicatrice médiane qui résulte de la cautérisation deux fois réitérée, est fort peu apparente ; le cou, dans sa plus grande circonférence, est de 33 centim. La diminution de volume est surtout remarquable dans le sinus vertical. Je dois ajouter que les douleurs de tête ont disparu, que la respiration n'est plus gênée, que les règles viennent régulièrement et sont plus abondantes. L'appétit est bon, la malade prend de l'embonpoint ; elle est plus colorée et se fortifie tous les jours ; en un mot, aussi bien que l'état local, l'état général s'est remarquablement amélioré.

Analyse du liquide contenu dans le kyste (1). Ce liquide pesait 150 grammes ; sa couleur était d'un vert foncé ; il était troublé par une substance d'un rouge brique tenue en suspension, et pareille à celle que forme le noyau de certains calculs ; sa consistance était visqueuse, et il ne pouvait filtrer à travers le papier. Ayant été exprimé dans un linge, il laisse sur la toile quelques caillots de sang et une grande quantité de paillettes blanches, nacrées, qui furent reconnues plus tard pour être de la cholestérine.

Essayée par la teinture de violette, cette humeur présentait une réaction alcaline. Traitée par la chaux, elle ne dégageait pas d'ammoniaque.

(1) Cette analyse a été faite par M. A. Guilliermond, pharmacien et chimiste habile.

Le nitrate d'argent produisait des flocons blancs abondants, solubles dans l'ammoniaque. Soumise à l'action du calorique, elle se coagulait aussitôt et en entier. Le coagulum présentait tous les caractères de l'albumine. Après avoir été lavée et réduite à l'état de siccité, on pouvait évaluer son poids à 4 grammes relativement à la totalité de la masse. L'alcool projeté dans cette humeur y produisait un précipité abondant, et la liqueur surnageante restait verte. Recueilli sur un filtre, ce précipité était d'une consistance très-visqueuse et d'un blanc rose, ce qui confirmait la présence du mucus, de l'albumine et de la matière colorante du sang.

La teinture alcoolique verte concentrée laissait déposer par le refroidissement quelques traces de graisse; évaporée tout à fait, elle laissait un résidu vert résinoïde, qui, traité par l'eau bouillante, lui communiquait une couleur brune, et ne s'y dissolvait qu'en faible portion. Cette dissolution aqueuse, après avoir été elle-même évaporée, offrait les caractères attribués à l'osmazôme.

Conclusion. — De l'examen qui précède, on peut conclure que cette humeur était composée en très-grande partie d'albumine combinée avec de la soude, d'une matière résineuse verte, de la matière colorante du sang, d'osmazôme, de cholestérine, de graisse, de mucus, et d'une quantité notable de chlorure de sodium.

Le traitement, dans ce cas complexe, dut remplir deux indications : 1° combattre l'état local, en vidant le kyste et en l'oblitérant; arrêter le développement hypertrophique du reste de l'organe; on y parvient soit à l'aide de la ponction suivie de l'injection, soit au moyen de frictions avec la pommade d'iodure de potassium et la solution de ce sel à l'intérieur; 2° modifier l'état général, favoriser et régulariser la menstruation. J'administrai dans ce but le sirop de Portal, quelques drastiques (aloès). Je prescrivis les bains salés, un régime animal, du vin de Bordeaux; je fis appliquer et entretenir un cautère au bras. La malade fut mise à l'usage du lait, et passa quelque temps à la campagne. Ces divers moyens ont obtenu l'effet désiré, et Mlle Lh. est dans un état de santé presque inespéré. J'aime à croire que le travail d'atrophie amené dans le corps thyroïde ira en se continuant; la médication iodée sera suivie encore pendant quelques semaines dans ce but. Les détails de l'observation me dispenseront d'insister sur les effets de l'injection irritante faite dans un kyste de cette nature; elle détermine une vive inflammation suppurative; c'est un énorme abcès chaud dans un kyste ancien et plus dur, mieux organisé que les parois d'une collection récente; cette transformation produite par l'art a les plus heureux résultats. Une cautérisation partielle agrandissant la plaie du

trocart facilite l'écoulement du pus ; le foyer se vide largement ; les parois et les tissus environnants, ramollis par l'inflammation, s'affaissent et viennent à se rapprocher ; l'écoulement purulent diminue peu à peu ; en même temps la cavité du kyste s'efface, et bientôt il ne reste plus qu'un noyau fibreux dont plus tard on pourra à peine retrouver les traces.

Je dois le dire, l'idée d'injecter la teinture d'iode dans le kyste du cou me fut suggérée par les leçons et la pratique de M. Velpeau, que j'avais vu, en 1839 et 1840, appliquer à une foule de cas cette thérapeutique nouvelle, réservée d'abord à l'hydrocèle de la tunique vaginale. On peut lire l'histoire d'un goître enkysté traité par cette méthode, dans le tom. XXIII du *Bulletin de Thérapeutique*, pag. 221 (année 1842). L'observation fut recueillie dans le service du professeur de la Charité. Depuis lors, je ne sache pas que des faits analogues aient été publiés ; il est probable cependant que ces tentatives auront été continuées par d'autres chirurgiens (1).

J'espère que les faits renfermés dans cette note encourageront à marcher dans la même voie, sans me dissimuler qu'il les faudra et plus nombreux et plus variés pour établir des règles générales applicables à d'autres cas particuliers. Dès aujourd'hui nous pourrons conclure de ce qui précède :

1° Certains goîtres réclament le traitement des tumeurs enkystées affectant d'autres régions ;

2° Les rapports vasculaires de la glande thyroïde et des tumeurs qui peuvent s'y développer éloignent de prime abord la pensée de l'extirpation, sauf quelques cas exceptionnels d'isolement très-marqué, de pédicule grêle qui faciliterait ou l'excision ou la ligature ;

3° Parmi les méthodes connues, telles que *l'incision, l'excision partielle, le séton, la cautérisation de dehors en dedans, l'injection d'un liquide irritant*, il est permis de recourir à la dernière avec espérance fondée de succès ;

4° Le mélange de teinture d'iode, 1 partie sur 2, 3, 4 ou 5 parties

(1) M. Velpeau a réuni, dans ces derniers temps, un grand nombre de faits relatifs au traitement des tumeurs enkystées et aqueuses par les injections iodées. Il donne à la suite des observations qui font la base de son travail, communiqué à l'Académie des sciences (séance du 3 octobre 1842), les principes d'application de cette méthode générale. J'ai essayé de me conformer à ses préceptes dans des cas analogues. On peut lire dans le *Bulletin de Thérapeutique* (Tome XXIV, page 351) et dans les Mémoires de la Société médicale d'émulation de Lyon (Tome II, page 69), le résultat que j'ai obtenu dans la grenouillette.

d'eau, comme pour l'hydrocèle, constitue un liquide suffisamment irritant;

5° Il n'est pas nécessaire de remplir le kyste vidé par la ponction, et de remplacer le liquide évacué par une égale quantité de mélange de teinture d'iode; la moitié ou le tiers a paru suffisant. On peut sans inconvénient laisser dans le kyste ou extraire par la canule du trocart le liquide injecté;

6° L'inflammation suppurative qui se développe après l'injection amène une exfoliation des parois du kyste, oblitère sa cavité par une adhésion secondaire;

7° Le corps thyroïde hypertrophié autour du kyste peut diminuer de volume plus ou moins longtemps après l'injection, sous l'influence de l'excitation générale et du travail adhésif amené par l'inflammation. Cette atrophie pourra être activée au besoin par les préparations iodées administrées à l'extérieur ou à l'intérieur;

8° Il sera nécessaire de tenir compte de l'état général des sujets, et de les soumettre à divers traitements suivant les indications. Une modification de la constitution par les toniques, les fondants, les emménagogues, etc., aidera puissamment à l'action des moyens locaux, topiques ou opératoires.

Dans un autre travail, nous étudierons les résultats obtenus par cette méthode, comparativement avec ceux fournis par l'incision, l'excision, le séton, etc.; nous appuyant sur des faits qui pour la plupart se sont passés sous nos yeux, soit dans les hôpitaux de Paris, soit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous pourrons juger pratiquement la valeur relative de ces méthodes, en spécifiant pour chacune d'elles les cas d'application.

BOUCHACOURT.

NOUVELLES MÉTHODES POUR L'AMPUTATION DES MACHOIRES.

L'amputation de la mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure est aujourd'hui une opération vulgaire qui a acquis droit de domicile dans la pratique. Il ne reste plus qu'à en poser les indications et à trouver une méthode qui la rende accessible à tous les praticiens, qui permette de laisser sur le visage le moins de difformité possible. M. Velpeau croit être arrivé à ce résultat en ce qui concerne au moins les incisions à pratiquer sur les parties molles.

S'agit-il de la *mâchoire inférieure*, on fait une incision courbe à convexité inférieure et qui embrasse dans sa concavité, en la dépassant en avant et en arrière, toute la tumeur ou toute la portion d'os à enlever. Si c'est un des côtés de la mâchoire, par exemple, qu'il s'agisse d'am-

puter, l'incision doit s'étendre depuis le menton jusqu'au-devant de l'oreille en suivant d'un bout à l'autre la région sus-hyoïdienne; cette incision, qui peut commencer sur le visage dans la rainure sous-labiale, ne doit pas entamer la lèvre. On dissèque alors le lambeau de tissus, ainsi tracé, de bas en haut, de manière à découvrir toute une moitié de la mâchoire dans toute l'étendue des parties à enlever. On a de la sorte un large lambeau en forme de tablier, qu'on relève sur la pommette ou jusque sur le devant de l'orbite si besoin est. Une scie à chaînons est ensuite passée sur la face interne de l'os maxillaire, soit près du menton, soit en arrière près de l'angle maxillaire ou du condyle. Il est bien entendu qu'on a frayé un passage à cet instrument en rasant la tête interne de l'os au moyen du bistouri sur les deux points où l'on veut que la scie porte. L'os étant scié sur ce point, on le scie de la même façon à l'extrémité opposée; puis on le détache à grands coups de bistouri des parties molles qui entrent dans la composition soit du pharynx, soit du plancher de la bouche.

La tumeur une fois enlevée, on laisse retomber le lambeau semi-lunaire préparé comme il vient d'être dit, et la plaie pourrait en quelque sorte être abandonnée aux ressources de la nature sans pansement. En effet, elle se réduit finalement en une incision unique, régulière, plus ou moins courbe. Du reste, M. Velpeau a l'habitude de la réunir au moyen de quelques points de suture entortillée, excepté dans son point le plus déclive qu'il maintient libre au moyen d'une tente de charpie, afin de livrer issue aux produits de la suppuration. Après la guérison, ce procédé opératoire a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice sur le visage, puisque la plaie se trouve tout entière dans la région sus-hyoïdienne, entre le cou et la face; si bien qu'on a besoin d'y regarder d'assez près pour l'apercevoir. On se figure à peine l'étendue de surface qu'il est possible de mettre à nu au moyen de ce genre d'incision. Pendant l'opération même, sent-on le besoin d'aller plus loin qu'on ne l'avait d'abord pensé? Rien n'est plus facile; au lieu de faire de nouvelles incisions dans des directions différentes, comme cela se pratique dans les autres procédés, il suffit de prolonger la première soit en avant quand c'est de ce côté qu'on veut agir, soit en arrière ou en haut dans le cas opposé. Il n'est pas plus difficile par ce moyen d'amputer la branche et l'angle ou même le condyle avec le corps de l'os maxillaire, que le menton ou une fraction de cet os. C'est un genre d'incision qui s'applique du reste à tous les cas que peut présenter la pratique. On ne doit en excepter que ceux où les parties molles extérieures sont tellement altérées qu'il n'y a pas moyen de songer à les conserver. Pour tous les autres, c'est un procédé si simple et qui produit des résultats si notablement favorables,

qu'il paraît réellement devoir être substitué dorénavant à tous les autres.

Mâchoire supérieure. Pour la mâchoire supérieure, M. Velpeau emploie une incision qui se rapproche beaucoup de la précédente. Il suffit également à ce chirurgien d'une seule incision pour découvrir la mâchoire supérieure en totalité. Cette incision, il la fait partir de la commissure des lèvres correspondant à la région malade, et il la prolonge obliquement en haut, en dehors et en arrière jusqu'à la région temporale, soit en ligne directe, soit en ligne courbe plus ou moins prononcée et à convexité inférieure. Il a soin de la placer de manière à ce que le canal de Sténon soit ménagé. Cette incision permet, en en saisissant la lèvre supérieure, de disséquer toute la joue et la lèvre de bas en haut, de renverser les parties sur le devant de l'orbite et jusque sur le front en entraînant le nez lui-même si la maladie l'exige. Quand ce lambeau est ainsi disséqué et renversé, d'un trait de bistouri on détache la lèvre inférieure de la plaie de la mâchoire malade; après quoi viennent les autres temps de l'opération, c'est-à-dire ceux qui consistent à détacher l'os ou la tumeur.

L'opération étant terminée, le lambeau, qui peut comprendre presque la moitié de la figure et qu'on a relevé sur le front, retombe en quelque sorte de lui-même pour se réunir à l'autre lèvre de la plaie dont on l'a séparé. La suture entortillée permet de la réunir facilement, et on n'a de la sorte qu'une simple plaie qui laisse à sa suite une cicatrice linéaire et la bouche entière. Au moyen de ce genre de lambeau on peut découvrir sans difficulté la mâchoire entière, la pommette, l'apophyse orbitaire externe du temporal, la cloison des fosses nasales, l'apophyse montante de l'os maxillaire, la partie antérieure de l'orbite, la moitié externe de cette cavité. Pour le reste de l'opération, on manœuvre sans être gêné en quoi que ce soit par le lambeau de la plaie, et un seul aide, on le devine, peut parfaitement le tenir écarté.

M. Velpeau, qui emploie ce procédé depuis 1829, l'a maintenant appliqué plus de vingt fois, et dans le courant de la présente année seule six fois. — Chez une femme, il a fallu enlever non-seulement toute la mâchoire, toute la pommette, non-seulement tout le plancher de l'orbite, mais encore l'apophyse orbitaire externe du temporal, une portion de la fosse ptérigoïde; si bien qu'une partie de la base du cerveau s'est trouvée à nu à la partie supérieure et postérieure de la plaie; tout cela sans le moindre embarras, eu égard au lambeau de parties molles. Quelles qu'aient été l'étendue, les complications de la maladie, ce genre d'incision a toujours suffi, et il a été évident pour les personnes qui suivent la clinique de la Charité que ce genre d'incision répondait à tous les besoins de la pratique en pareil cas.

Ce n'est pas, bien entendu, que cela mette plus que les autres procédés à l'abri des récidives du cancer; que les malades ainsi opérés soient plus préservés des suites ordinaires de l'opération; M. Velpeau prétend seulement que, pour l'incision et la dissection des parties molles, c'est-à-dire pour le premier temps de l'opération, c'est un procédé qui doit être substitué aux autres et qui mérite généralement de leur être préféré. Déjà pour la mâchoire inférieure il a aussi un grand nombre de faits. Dans une seule année, on en a vu à la Charité cinq; et il est vraiment remarquable que dès le quatrième ou le cinquième jour de l'opération il n'y ait plus dans le visage des malades ainsi opérés, de plaie, d'altération qui puisse faire apercevoir à première vue qu'on les a soumis à une aussi grave opération.

Ainsi, pour la mâchoire inférieure, une simple incision courbe longeant la courbure de l'os à enlever; pour la mâchoire supérieure, une seule incision également, s'étendant de la bouche à la fosse temporale. Dans le premier cas, laisser l'ouverture buccale intacte; dans le second, la fendre près de l'une de ses commissures seulement. Tels sont les quelques mots par lesquels on peut résumer ce que M. Velpeau établit de particulier relativement à l'amputation de l'une ou de l'autre mâchoire.

MALADIES DE LA PEAU.

NOTIONS DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE SUR LES MALADIES SÉCRÉTANTES.

Par M. A. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite.)

J'ai exposé, dans le dernier numéro de ce journal, une méthode de diagnostic des maladies de la peau, que j'ai créée dans le but de rendre plus facile aux médecins la connaissance des diverses espèces de dermatoses, et j'ai ajouté que cette sorte d'exposition des affections cutanées conduisait, par les divisons principales sur lesquelles elle repose, à des inductions thérapeutiques. Je vais m'attacher à les faire connaître.

J'ai divisé les maladies cutanées en deux grandes sections, celles qui sécrètent un un fluide quelconque, celles qui ne donnent aucune sécrétion. Envisagées à ce point de vue, les conséquences pratiques qui découlent de cette distinction varient en raison, 1° de la forme morbide; 2° de l'âge du sujet; 3° du tempérament et de la constitution;

4° de l'état sain ou morbide des organes internes. C'est sous ces divers rapports que je vais passer en revue ces affections.

Les maladies sécrétantes de la peau offrent d'abord cela de commun, qu'elles ont généralement une période franchement inflammatoire plus au moins aiguë. Les variétés d'acné pourraient peut-être seules faire exception à cette règle ; encore il est certaines saisons de l'année où l'on voit surgir cette forme morbide avec une rapidité vraiment effrayante. Ces maladies ont, comme toutes les affections inflammatoires des autres organes, une période de développement et d'accroissement, une période stationnaire et une période de décroissance ; de là trois sortes d'indications à remplir : la méthode antiphlogistique pure pour la première de ces périodes ; l'expectation pour la seconde ; les résolutifs pour la troisième. Dans bon nombre de cas, ce ne sont pas seulement les antiphlogistiques locaux qu'il faut employer, mais encore les antiphlogistiques généraux : tisanes rafraîchissantes, saignées et sangsues, comme pour les inflammations des autres organes de l'économie. Ainsi l'*eczema général*, le *pityriasis rubra aigu*, le *pemphigus général*, l'*eczema impetiginodes*, l'*ecthyma*, le *sycosis*, réclament souvent une médication antiphlogistique assez énergique, autant toutefois que le permet la force du sujet, circonstance qui est toujours prise en considération pour la thérapeutique des phlegmasies.

La période stationnaire réclame, avons-nous dit, une médecine expectante, c'est-à-dire la continuation de la méthode antiphlogistique, mais dans des proportions beaucoup moins larges ; et ce n'est qu'au déclin de la maladie qu'il faut aborder les résolutifs. Mais ces résolutifs doivent être gradués et mis en rapport avec la marche décroissante du mal. Il est dans leur emploi une sorte d'essai, de tâtonnement à faire. Certaines maladies sécrétantes sont augmentées par tous les corps gras, fût-ce même l'axonge, le saindoux, le beurre de cacao ; celles-là guérissent par les résolutifs dont l'excipient est un liquide. Cette connaissance acquise, on formule des pommades ou des liquides dont la force découle et de la quantité de la matière médicamenteuse qui en fait partie, et de la nature de cette matière. On trouve dans les formulaires des prescriptions de doses médicamenteuses qui sont représentées comme devant être toujours les mêmes. Ainsi une pommade est préconisée pour guérir l'eczema, par exemple ; ce sera, je suppose, la pommade d'oxyde de zinc ; 4 grammes d'oxyde pour 30 grammes d'axonge ; mais cette pommade n'a-t-elle pas des effets résolutifs différents, lorsque la dose du médicament varie ? eh bien, cette dose de 4 grammes constitue un médicament fort irritant pour un eczema qui n'est pas en voie de résolution complète ; elle devient irritante, alors

qu'elle eût été sédative si on eût prescrit, pour commencer son emploi, cinq décigrammes d'oxyde de zinc au lieu de quatre grammes, sauf à rendre la médication de plus en plus forte au fur et à mesure de son usage. Les pommades au goudron en sont un exemple encore plus frappant. On peut employer avec beaucoup de succès une pommade au centième de son poids de goudron pour combattre certaines maladies, et pour d'autres il faut incorporer à l'axonge le *quart* de son poids de goudron pour obtenir une médication efficace. D'un côté les médecins n'attachent pas assez d'importance à cette graduation dans les doses des substances médicamenteuses, et d'une autre part les personnes qui font des formulaires n'insistent pas assez sur la manière de formuler et de doser un médicament. Quoi de plus banal, par exemple, que les bains de Barèges? La dose de foie de soufre a été indiquée d'une manière générale, sans s'inquiéter de la susceptibilité de la peau et du développement du système nerveux chez les divers individus. Combien de médecins se bornent à prescrire l'usage des bains de Barèges sans spécifier de dose! aussi, dans un grand nombre de cas, ce moyen, loin de guérir, accroît les progrès du mal. On ne réfléchit pas d'ailleurs assez à l'habitude qui résulte de l'emploi prolongé d'une médication. Si vous voulez que cette médication se perpétue, sachez l'employer d'abord d'une manière peu énergique, puis en accroître successivement l'intensité. L'effet de la médication sera alors soutenu en raison de l'accroissement de la dose du médicament. Carbonate de plomb, calomel et camphre, oxyde de zinc, sous-acétate de plomb, goudron, iodure de soufre, voilà cinq bases de pommades de plus en plus énergiques en fait d'action résolutive. Vous compléterez souvent la résolution d'une maladie sécrétante par l'emploi d'un seul de ces agents médicamenteux, en introduisant dans la pommade une dose de plus en plus forte de l'agent résolutif. Solution d'alun au 500e de son poids d'eau, solution de sublimé au 1,500e, solution de sous-acétate de plomb au 500e, constituent autant de liqueurs résolutives dont on peut aussi augmenter la force, mais que l'on doit employer à cette dose à l'origine des maladies sécrétantes qui réclament l'usage des résolutifs liquides.

C'est assez dire que la forme aiguë des maladies sécrétantes exclut l'emploi des médications dépuratives et de tous les excitants internes, tels que le soufre, l'iode, etc. Ce n'est jamais dans la forme aiguë des maladies sécrétantes qu'ils doivent être mis en usage, mais bien au moment où l'affection cutanée tend à se perpétuer sous la forme chronique.

Toutefois, et dans le cours de l'emploi de ces moyens, il ne faut

jamais perdre de vue la cause qui a déterminé le développement de l'affection. C'est en la détruisant qu'on arrive à guérir d'une manière durable la maladie cutanée. Or, il ne nous appartient pas de préciser ici les moyens, en raison des diverses causes qui ont pu surgir. Faisons seulement remarquer que ces causes sont ou externes ou internes. A la tête des premières, il faut citer les professions exercées par les individus affectés : maçons, plâtriers, teinturiers, chapeliers, cordonniers, marchands de vins, tels sont les états qui engendrent une foule de maladies sécrétantes, telles que l'eczema, l'impetigo, l'eczema lichénoïde. Soustraire ces individus aux causes qui ont fait naître la maladie, c'est la première indication à remplir ; mais le plus souvent cela ne suffit pas, car, une fois la maladie développée, il faut qu'elle parcoure ses périodes comme toute maladie d'un autre organe; il y a donc lieu de lui appliquer une médication externe soutenue, et, après la guérison, de faire connaître au malade le danger de sa profession.

Les causes internes sont nombreuses et sont la source d'indications thérapeutiques extrêmement importantes. Le *rupia* et l'*ecthyma cachecticum* sont presque constamment liés à la misère, aux privations et à la malpropreté : tout en traitant la maladie extérieure, il faut en prévenir la récidive par l'usage interne des toniques, le quinquina et les préparations ferrugineuses et d'une nourriture forte. L'*impetigo*, l'*acné*, l'*eczema impetiginodes* sont liés le plus souvent à la constitution lymphatique ; ils exigent l'emploi de tous les modificateurs généraux propres à combattre le scrofule. Les *herpès phlycténoïde*, *zona*, le *pemphigus aigu*, sont, au contraire, presque toujours dus à des causes passagères ; l'emploi des modificateurs généraux ne ferait qu'aggraver ces maladies. La *gale pustuleuse* ou *séreuse* porte en elle-même la cause de sa perpétration.

Mais les maladies sécrétantes exigent une thérapeutique différente, en raison des âges. En thèse générale, toute maladie sécrétante de l'enfant en bas âge doit être respectée. Non pas cependant qu'il faille rester à toujours spectateur oisif de l'affection, mais le médecin ne doit chercher à guérir cette maladie que lorsqu'elle est depuis longtemps passée à l'état chronique. Sans être humoriste, il faut reconnaître que la nature semble établir au dehors, chez l'enfant en bas âge, un mouvement fluxionnaire favorable à la santé générale ; et cela est si vrai, que la suppression de ce que l'on appelle communément la *croûte de lait* suffit pour faire naître les accidents cérébraux les plus formidables. Or, le médecin doit savoir qu'un cataplasme émollient peut quelquefois modifier suffisamment la peau pour arrêter cette sécrétion. Chez l'enfant en bas âge, l'exubérance comme la répercussion

marchent à pas de géant. Il faut donc savoir respecter à cette époque toute maladie sécrétante de la peau qui ne paraît pas devoir prendre une trop grande extension, et le médecin évitera toujours des accidents lorsque, pour arriver à la guérison, il ne traitera la maladie que par *portion* et d'une manière très-graduée.

Ces préceptes sont applicables à la vieillesse. Il y a plus, il est des cas où un médecin ne doit jamais guérir une maladie sécrétante chez un vieillard, occupât-elle une petite surface à la peau. C'est le cas des individus catarrheux et asthmatiques. Plusieurs fois nous avons été appelé à donner nos soins à des personnes chez lesquelles on avait cherché à obtenir la guérison d'une dartre à l'aide de moyens résolutifs ; dans l'espace de vingt-quatre heures, il s'opère une congestion pulmonaire en partie sanguine, en partie séreuse, contre laquelle saignées, sangsues, émétique à haute dose, révulsifs sur la poitrine et aux extrémités sont tout à fait impuissants ; l'individu succombe presque toujours, quoi qu'on fasse. On cherche en vain à rappeler l'affection dartreuse par des cataplasmes sinapisés, des sinapismes ou des vésicatoires, cette rétrocession a frappé comme la foudre.

Mais il est dans la vie deux âges où d'autres préceptes doivent être tracés ; je veux parler de l'adolescence et de l'âge fait. Bon nombre d'affections cutanées se développent chez les jeunes filles au voisinage de la puberté, surtout chez celles où la menstruation s'établit tardivement. Ici, et comme conséquence des idées que je viens d'émettre à l'occasion des maladies du premier âge, mais par extension donnée à ces idées, bon nombre de médecins conseillent de respecter ces maladies. Ils comptent sur les révolutions opérées par l'établissement de la menstruation, le mariage, une grossesse, pour faire disparaître et détruire à jamais une affection cutanée. Ce sont des idées que je combats de tous mes efforts dans mes leçons cliniques. Si, dans un certain nombre de cas, il est résulté de ces conditions nouvelles d'existence un changement heureux pour les malades, dans la grande généralité des cas la dermatose se perpétue, ou, si elle disparaît pendant une grossesse et un allaitement, c'est pour se reproduire de nouveau un peu plus tard, et persister durant toute la vie avec des intervalles de mieux être et avec des recrudescences répétées. Si la nature de cet article me le permettait, je pourrais citer un nombre considérable de faits à l'appui de ce que j'avance. Cette pratique est dangereuse sous d'autres rapports. En thèse générale, une affection dartreuse est d'autant plus difficile à guérir qu'elle est plus ancienne, et lorsque la menstruation ne la fait pas disparaître, vous avez à craindre de ne pouvoir obtenir une guérison complète ; vous

livrez une jeune fille à un mari avec une infirmité, et vous lui faites encore courir la chance qu'elle transmette à ses enfants, si ce n'est la dartre dont elle est affectée, au moins la prédisposition origiuelle, cause encore plus difficile à détruire chez l'enfant que la dartre même chez sa mère. Remarquez qu'à l'âge de l'adolescence la sensibilité des organes a déjà notablement diminué, on craint moins les répercussions et leurs effets ; d'ailleurs on est toujours libre de diriger un traitement de manière à arriver par des améliorations graduées à une guérison. Rien n'empêche d'agir sur des portions de la dartre sans agir sur sa totalité, et de revenir au besoin sur ses pas si l'on a été trop vite. Enfin, quand une maladie sécrétante a parcouru ses périodes d'accroissement, quand elle est devenue tellement stationnaire qu'elle a pris la forme chronique, la sécrétion n'est plus en rapport avec ce qu'elle était dès le début, elle est réduite à une proportion infiniment petite ; il y a donc possibilité d'en opérer peu à peu la guérison.

C'est ici le cas de parler d'un usage généralement répandu en médecine et fort accrédité auprès des parents ; je veux parler des exutoires prescrits aux malades, dans le but de diminuer la sécrétion de la dartre et de *détourner les humeurs*, ainsi qu'on le dit communément. Interrogez à cet égard tous les praticiens en fait de maladie de la peau, ils vous diront qu'en général c'est un moyen inutile et presque dangereux. Inutile, parce qu'il ne détruit pas d'une manière notable la sécrétion dartreuse ; presque dangereux, en ce sens qu'il est très-fréquent de voir l'affection dartreuse se développer autour du vésicatoire, et ajouter ainsi à l'étendue du mal. Je suis très-partisan des révulsifs et des exutoires en médecine ; mais pour qu'ils soient efficaces, il faut, suivant moi, qu'ils soient employés sur les tissus *autres que le tissu malade*. On sait avec quelle facilité les maladies s'étendent par continuité. On sait aussi qu'il est rare qu'une membrane muqueuse ne soit pas plus ou moins influencée par la maladie de l'une de ses portions. Ce qui a lieu pour les membranes muqueuses a lieu pour la peau. Et cela est si vrai, que lorsqu'une affection siége dans une surface très-restreinte, et qu'une cause tout accidentelle vient à en étendre les progrès, elle se montre alors avec la même forme dans les points de la peau les plus opposés. En fait de dérivatifs, et sans les diriger vers la muqueuse intestinale lorsqu'elle est saine, je purge deux fois la semaine tous mes malades qui sont atteints de maladies sécrétantes. Et cette circonstance de la dérivation sur le canal digestif ainsi que ses bons effets nous expliquent comment des charlatans plus hardis, mais moins prudents que nous dans l'emploi des purgatifs, parviennent quelquefois à guérir des affections cutanées qui avaient été rebelles à

nos traitements ; mais aussi ils tuent quelquefois, ou amènent dans la santé générale une perturbation plus grave que la maladie qu'ils ont guérie.

Je me résume à l'égard de la thérapeutique des maladies sécrétantes de la peau à l'époque de la jeunesse, en disant qu'il ne faut les traiter d'une manière efficace que lorsqu'elles menacent de passer à l'état chronique ; qu'il faut les traiter avec précaution, avec lenteur, dans la crainte des répercussions ; mais qu'il est très-important pour l'avenir des jeunes malades de guérir radicalement, s'il est possible, ces affections. C'est à cet âge surtout qu'il faut mettre en usage des modificateurs généraux de la constitution, et si je m'abstiens de détails à cet égard, c'est que je me propose de traiter à part chacune de ces médications, et de faire connaître non-seulement leur mode d'emploi, mais encore les résultats que l'on peut en attendre.

J'aborde actuellement en quelques mots la thérapeutique générale des maladies cutanées sécrétantes chez l'adulte ; car, après les détails dans lesquels je suis entré, il me reste peu de chose à en dire. Ici peuvent être employées sans crainte toutes les ressources de la médecine, à la seule réserve que l'affection dartreuse ne se rattachera pas à l'état morbide d'un organe interne important. L'individu est arrivé à une époque de la vie où le développement des organes est complet. Ces organes ont à opposer à la médication une grande énergie de puissance vitale. On peut donc, aussitôt la période aiguë passée, aborder un traitement énergique ; souvent même on doit enrayer les progrès du mal pendant la période aiguë, ainsi qu'on le fait pour les maladies des autres organes. Mais en même temps que l'attention du médecin est dirigée vers la partie malade, il faut qu'il ne perde pas de vue deux conditions essentielles à remplir ; à savoir, si la peau saine accomplit bien ses fonctions, et si le malade observe une hygiène appropriée à sa maladie. Les bains, les frictions sèches et humides sur toute la surface du corps remplissent la première indication. Quant à la seconde, il n'y a pas de traitement possible sans le repos, une diminution dans la quantité des aliments, l'absence de vin pur et de liqueurs alcooliques, des viandes noires ou blanches suivant les cas, mais à dose modérée, de l'exercice sans fatigue. Trop de médecins négligent de faire de ces précautions une prescription absolue. Il semble que la peau malade ne doive pas exiger toutes les précautions que réclament les maladies des autres organes ; c'est une erreur grave, elle conduit souvent à l'incurabilité.

Dans un prochain article, j'exposerai la base de la thérapeutique des maladies non sécrétantes.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

SECONDE LETTRE SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

Par M. CIVIALE, chirurgien chargé du service des calculeux à l'hôpital Necker.

Monsieur le rédacteur,

La manie d'innover, l'un des plus grands obstacles au perfectionnement de la thérapeutique, n'a jamais été poussée aussi loin que de nos jours. Dans aucun temps, peut-être, on n'a fait plus d'efforts pour accréditer des médications ou nouvelles, ou seulement renouvelées des anciens, dont chacun vante à outrance les effets infaillibles. C'est surtout dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires que se fait apercevoir cette fâcheuse tendance de l'époque. Dans un ouvrage dont je réunis les matériaux, je ferai connaître la marche qu'on a suivie en ce qui concerne l'affection calculeuse et la manière de la traiter; mais, sans sortir du sujet auquel se rapporte spécialement cette lettre, il n'est pas difficile de trouver des preuves nombreuses de ce que j'avance. Chaque jour on nous présente de nouveaux moyens curatifs, auxquels sont attribués des effets prodigieux, et qui cependant, lorsqu'on les soumet à l'expérience, ne donnent que des mécomptes.

Pendant longtemps on a regardé la cautérisation comme un moyen certain de guérir les coarctations urétrales. Dans un mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences en 1843, et qui est imprimé au premier volume de la seconde édition de mon Traité pratique (p. 267 et suiv.), j'ai démontré qu'on s'était fait illusion quant aux effets du caustique considéré en lui-même, et que les différentes manières de l'appliquer, au moyen desquelles on avait espéré faire disparaître les inconvénients qui s'y rattachent, étaient sans influence. L'opinion que j'ai exprimée à ce sujet repose sur des faits nombreux et décisifs, recueillis tant en France qu'à l'étranger, notamment en Angleterre. Cependant quelques chirurgiens persistent à employer le caustique, et, sans tenir compte des leçons de l'expérience, considèrent même comme superflues les précautions qu'elle a suggérées.

Je ne reproduirai pas ici ce que j'ai dit dans le mémoire précité, touchant les effets des caustiques dans l'urètre, les distinctions qu'il faut établir entre les cas qui en comportent l'emploi, les précautions qu'il est nécessaire de prendre dans leur application, et les acci-

dents auxquels on s'expose quand on néglige ces soins. Je rappellerai seulement qu'on a eu recours à la cautérisation pour détruire les rétrécissements, pour tarir les écoulements urétraux, et aussi pour combattre certains états névralgiques opiniâtres. Dans aucune de ces circonstances elle ne saurait être érigée en méthode générale de traitement. La pratique journalière nous amène de malheureux malades dont l'abus de ce moyen a considérablement aggravé la position. Je me bornerai à indiquer ici un petit nombre de cas que j'ai actuellement sous les yeux.

Au mois de juin dernier j'ai vu un Hollandais qui était atteint depuis quelques années d'un trouble léger dans l'excrétion de l'urine, et d'un agacement incommode des organes génito-urinaires. Les ressources de la médecine ayant échoué, un chirurgien d'Amsterdam pratiqua dans l'urètre une injection de nitrate d'argent qui ne réussit pas mieux, mais qui n'entraîna pas d'accidents. On fit alors une cautérisation du col vésical avec le même sel à l'état solide. Le malade souffrit beaucoup, et depuis son état primitif de malaise augmenta, ainsi que l'écoulement et que le catarrhe de vessie. A ces désordres se joignirent des accès de fièvre et un dérangement de toutes les fonctions. Le malade vint réclamer mes avis. Je ne découvris chez lui aucune lésion organique; mais l'urètre et le col de la vessie étaient d'une irritabilité excessive. Par l'emploi des bougies molles, des bains, des lavements sédatifs, etc., je parvins à diminuer les besoins d'uriner, à rendre l'émission de l'urine plus facile, et à faire disparaître l'écoulement et le catarrhe; mais l'agacement résista, et le malade demeura obligé d'uriner plus souvent que dans l'état normal.

Un adulte, de Turin, d'une forte constitution, était affecté d'un écoulement urétral contre lequel on avait employé de nombreux remèdes sans succès. On crut devoir recourir au caustique, tant sous forme solide qu'à l'état liquide : l'écoulement persista. On cautérisa avec plus d'énergie, mais sans aucun résultat. Quelques mois après, le malade vint à Paris, porteur d'une lettre de son médecin, relatant tout ce qui avait été fait. Je trouvai la partie profonde de l'urètre rétrécie et indurée; la prostate me parut être un peu plus volumineuse que de coutume. Cette portion du canal et le col de la vessie étaient fort irritables; le malade avait de la peine à supporter le contact de la sonde et des bougies. Il me fallut trois mois pour combattre cet état morbide. Le catarrhe vésical fut le premier symptôme qui disparut. L'écoulement urétral et les besoins fréquents d'uriner cessèrent d'abord, mais ils se reproduisirent par intervalles. Il y avait chez ce malade un trouble considérable des fonctions digestives qui résista à tous les moyens, et qui,

exerçant une influence fâcheuse sur les organes génito-urinaires, paralysa tout ce qu'on put tenter contre la maladie de ces derniers. Le dérangement des fonctions de l'estomac et des intestins, spécialement du rectum, est-il une conséquence de la maladie du col vésical, ou a-t-il été provoqué par les moyens antérieurement mis en usage? C'est ce que je ne saurais déterminer. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il contribue puissamment à aggraver la position du malade. J'ai fréquemment eu occasion de remarquer cette complication, sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens.

L'histoire de ce second malade présente d'autres particularités. L'écoulement urétral n'était pas continu. On pensa qu'il pouvait dépendre d'une affection vénérienne, et l'on prescrivit ce qu'on appelle les grands remèdes, qui furent inutiles. L'acupuncture ne produisit rien non plus. Trente aiguilles enfoncées dans le périnée firent souffrir sans nul avantage. Chaque besoin d'uriner était accompagné de douleurs vives à la jambe gauche et jusqu'à la plante du pied, particularité qu'il n'est pas rare de rencontrer.

A côté de ces faits, je pourrais placer un grand nombre d'autres cas dans lesquels on a procédé de même, soit qu'il y eût écoulement opiniâtre, soit que le canal se trouvât sous l'influence d'une irritabilité morbide. Le mal résistant aux calmants du ressort de la médecine, on s'empresse de recourir à la cautérisation, qu'on fait souvent sans précautions, qu'on répète même sans mesure, et cette pratique empirique aggrave la position des malades, dont elle retarde ensuite la guérison, si elle ne la rend pas impossible.

Un négociant de Bologne et un rentier de Paris avaient l'un et l'autre à la courbure de l'urètre un rétrécissement qu'on attaqua par des applications de nitrate d'argent. On crut d'abord apercevoir un peu d'amendement; mais le mieux ne se soutint pas. Les petites bougies, dont on avait en même temps conseillé l'usage, eurent bientôt de la peine à traverser le point rétréci. Les malades se découragèrent et leur état empirait lorsque je fus consulté. Je les traitai tous deux par la dilatation temporaire; mais il me fallut un temps à peu près double de celui que réclame la guérison d'un rétrécissement qui n'a pas été cautérisé.

J'ai dit, dans mon Traité pratique, qu'au lieu de détruire les rétrécissements, le nitrate d'argent les aggravait souvent, et pouvait même en faire naître d'autres : c'est ce que démontrent les deux faits suivants :

M. P. avait un rétrécissement considérable et très-ancien, qui donna lieu à des difficultés d'uriner toujours croissantes, et finalement à plusieurs rétentions d'urine pour lesquelles je fus appelé. Ces réten-

tions n'étaient pas complètes. Je conseillai un traitement palliatif, combiné avec l'emploi de petites bougies en cire molle, portées jusqu'au point rétréci et laissées en place pendant quelques minutes. Six semaines de ce traitement suffirent pour faire cesser les principaux accidents, et permettre de franchir le rétrécissement. Déjà une bougie n° 3 passait aisément jusque dans la vessie, et le malade urinait avec tant de facilité qu'il ne voulait plus rien faire. On eut alors la malencontreuse idée de recourir à la cautérisation. Trois applications furent faites. Chacune d'elles fut suivie d'irritation et de difficultés d'uriner progressives, à tel point que le malade, craignant de nouvelles rétentions, s'adressa de nouveau à moi. Je trouvai l'urètre plus étroit et plus dur ; il me fallut plus d'un mois pour le ramener à ce qu'il était avant les applications du caustique.

Un officier éprouvait depuis quelque temps un désordre des fonctions de la vessie, avec émission accidentelle d'urine sanguinolente. On employa sans succès divers moyens du ressort de la médecine. Enfin le malade me fut adressé. L'urètre était fort irritable, mais sans rétrécissement organique. Une bougie de trois lignes arrivait aisément dans la vessie. Une exploration me fit reconnaître, à l'orifice interne du canal, de petites excroissances, d'où me parut provenir le sang qui teignait l'urine. Ces excroissances n'étaient pas assez développées pour qu'on pût les saisir avec une pince. Après avoir préparé convenablement l'urètre, j'eus recours à la cautérisation, dont je fis trois applications transcurrentes. L'urine reprit sa couleur normale, les douleurs diminuèrent, et l'état général s'améliora d'une manière notable. D'après mes conseils, le malade resta quelques semaines sans rien faire, si ce n'est de continuer les lavements, les bains et les boissons émollientes. Lorsque je le revis, au bout d'un mois, il urinait moins bien et le jet était plus petit. J'introduisis une bougie n° 11 : elle ne pénétra pas, causa de la douleur, et me rapporta l'empreinte d'un rétrécissement bien caractérisé. Une bougie n° 10 parvint dans la vessie ; mais elle était encore serrée. De toute évidence un rétrécissement s'était produit sous l'influence du caustique. J'ai vu d'autres cas semblables, de plusieurs desquels j'ai rendu compte ailleurs.

Cette action du nitrate d'argent sur les parois de l'urètre n'a rien qui doive surprendre. Elle avait même été appréciée ; car l'expérience avait appris non-seulement que la cautérisation urétrale ne préserve pas de la récidive des rétrécissements, mais encore que ces coarctations consécutives sont très-graves et les plus opiniâtres qu'on puisse rencontrer.

Il est digne de remarque que, dans les cas précédents et autres analo-

gues, tantôt on avait eu recours au caustique par suite d'idées arrêtées, mais inexactes, sur la nature du mal et sur le mode d'action de l'agent thérapeutique ; tantôt et plus souvent on avait pratiqué la cautérisation comme ressource extrême, parce que tous les autres moyens avaient échoué. Ne sachant que faire, on s'était jeté dans les suppositions, et l'on avait été en avant sans songer aux conséquences. Chez quelques sujets, le résultat des premières cautérisations ayant donné des espérances, on se crut fondé à déployer plus d'énergie ; mais le but ne fut pas atteint. Il est à regretter, sans doute, qu'on procède de la sorte à l'égard d'une médication dont l'expérience de tous les jours démontre les funestes effets.

Les remarques supplémentaires que je viens de présenter sur l'emploi des caustiques auront une portée restreinte. Il n'y a plus, en effet, qu'un petit nombre de personnes auxquelles la pratique n'ait point encore fait ouvrir les yeux sur l'inefficacité et les inconvénients de la cautérisation urétrale. Mais il est d'autres moyens nouveaux ou plutôt renouvelés, qu'on propose de substituer au caustique, et qui pourront bien faire des prosélytes, d'autant plus que l'expérience ne s'est pas encore prononcée hautement sur leur compte, et qu'on ne manque pas de les produire avec pleine et entière confiance, de manière à atténuer l'effroi qu'inspire toujours aux malades l'introduction d'un instrument tranchant dans les profondeurs de l'urètre. Quoi qu'il en soit, la méthode des incisions, des scarifications, des mouchetures, etc., est présentée par quelques chirurgiens comme un moyen sans pareil pour détruire les coarctations urétrales même les plus opiniâtres. J'ai fait voir dans mon Traité pratique ce qu'on peut attendre de ce procédé aventureux. Les preuves que j'ai données de son inefficacité et même de ses dangers ne sauraient laisser aucun doute dans l'esprit de quiconque aura pris la peine d'étudier à fond le sujet. Mais il y a des hommes prévenus qui ne reculent pas devant l'évidence. Aussi a-t-on vu les auteurs de ces procédés se présenter à nos académies avec un aplomb d'autant plus surprenant que les prétendus faits favorables qu'on invoque n'ont aucune valeur réelle.

Je ne saurais trop insister sur deux particularités que j'ai signalées dans mon ouvrage, et qui me paraissent être les principales sources des méprises dans lesquelles sont tombés les partisans de la méthode des incisions; car on ne peut dire que leur erreur soit volontaire. L'un d'eux disait dernièrement à un malade qui refusait de se laisser inciser l'urètre : « Monsieur, vous serez le douze-centième que j'aurai guéri par ma méthode. » Cependant le malade refusa de fournir la douze-centième preuve de l'efficacité des mouchetures. Je l'ai traité depuis, et il

est maintenant en voie de guérison. Tous les malades n'ont pas suivi son exemple; plusieurs ont prêté leur urètre pour ces sortes d'expérimentations, qu'on leur disait être la méthode la plus rationnelle et la plus inoffensive : quelques-uns n'ont pas tardé à se repentir de leur confiance; chez d'autres les accidents se sont déclarés à une époque plus ou moins éloignée, mais je n'en connais pas un seul qui ait trouvé guérison. Ici il faut bien s'entendre et préciser les cas; car, en restant dans le vague, on pourrait se donner une apparence de raison.

La méthode des incisions a pour but spécial de détruire les coarctations dures, anciennes et occupant une grande étendue dans l'urètre. Par elle on a voulu doter d'une nouvelle ressource l'art trop souvent impuissant à procurer une cure radicale dans ces cas graves. Mais, je le répète, il n'est encore venu à ma connaissance aucun fait décisif en ce qui concerne ces sortes de rétrécissements. Quelquefois les premières applications de la méthode des incisions ont paru produire des effets salutaires; mais le mieux ne s'est pas soutenu, et, en dernière analyse, on n'a point eu à s'en féliciter. Est-il réservé à l'avenir de nous apporter d'autres preuves? Je l'ignore. Tout ce que je puis dire, c'est que les faits acquis à la science ne sont pas favorables. En voici un que j'ai rencontré tout récemment.

Un homme de trente-sept ans éprouvait des difficultés d'uriner; on soupçonna un rétrécissement qu'on divisa avec le scarificateur. Le malade saigna beaucoup. On lui conseilla l'usage d'une grosse sonde et on le renvoya, disant qu'il était guéri. Pendant quelques mois, il continua d'introduire la sonde; mais les troubles fonctionnels qu'il éprouvait avant l'opération persistèrent et augmentèrent même de temps en temps. Il vint me consulter. Je trouvai l'urètre fort irritable et sensiblement rétréci sous l'arcade pubienne. L'agacement s'étendait au scrotum et au pubis; l'émission de l'urine était difficile et douloureuse, les besoins d'uriner étaient très-rapprochés. Le malade ressentait un malaise général, et ses fonctions ne s'exécutaient plus d'une manière satisfaisante.

Ce qui a été fait chez cet homme se répète chaque jour. On introduit un instrument tranchant dans l'urètre : on divise ou l'on croit diviser une coarctation; on prescrit l'usage des sondes, et on dit les malades guéris par la méthode des incisions grandes ou petites. Chacun peut apprécier la valeur de pareils faits.

Des chirurgiens, même habiles, ne réussissent pas toujours à faire pénétrer aisément une sonde dans la vessie, et par là sont exposés à admettre des rétrécissements là où il n'en existe pas. Ce qui prouve que les partisans des incisions ont souvent commis cette méprise, c'est qu'ils

disent avoir détruit la coarctation à l'aide d'une ou de deux incisions. Je n'hésite pas à dire qu'alors il n'y avait pas de rétréeissement, ou que, s'il en existait un, c'était une de ces simples brides qu'on peut détruire en quelques instants par les traitements les plus doux et les plus inoffensifs. Lorsqu'il s'agit d'un rétréeissement long et dur, des applications nombreuses de l'instrument tranchant sont nécessaires, alors même qu'on fait des incisions profondes. Une autre circonstance encore prouve qu'on s'est fait illusion sur l'étendue du mal qu'on prétend avoir guéri. C'est la possibilité d'introduire l'instrument scarificateur dans le le point rétréci; or, de cela seul on doit conclure que la coarctation n'était pas considérable, et je viens de dire que, dans ce cas, on la guérit aisément par d'autres moyens. Ainsi tantôt on a *moucheturé* l'urètre là où il n'y avait pas de rétrécissement, et tantôt on l'a fait là où l'opération était inutile. Dans les cas de rétrécissements infranchissables, où la méthode des incisions pourrait être considérée comme un auxiliaire, elle est impraticable.

Civiale.

CHIMIE ET PHARMACIE.

PRÉPARATION DU CAUSTIQUE DE FILHOS, OU CAUSTIQUE DE VIENNE SOLIDIFIÉ EN CYLINDRES.

Les difficultés que plusieurs de nos confrères ont éprouvées lorsqu'ils ont voulu s'occuper de cette préparation nous engagent à indiquer, avec quelques détails, les circonstances pratiques que nous avons reconnues les plus propres à en assurer le succès.

Les cylindres de caustique les plus usités ont en général 6 millimètres à 1 centimètre de diamètre en dedans du tube de plomb qui les renferme, quelquefois cependant on en emploie de 15 à 18 millimètres de diamètre. La longueur varie entre 12 et 18 centimètres. Pour les préparer, on se procure des tubes de plomb de 1 à 2 mètres de long, et on les coupe au moyen d'une corde attachée par ses deux extrémités à un point fixe et enroulée autour du tube à l'endroit où on veut le couper. En opérant de cette manière, les parois du tube se trouvent rabattues vers le centre, et il ne reste plus qu'une étroite ouverture que l'on ferme facilement ensuite à l'aide d'un marteau, et d'un mandrin introduit dans le tube. Cette opération doit être faite avec beaucoup de soin, car la plus légère fissure dans les tubes les mettrait hors de service une fois qu'ils seraient remplis de caustique.

Les tubes étant ainsi disposés, on les enfonce dans du grès ou de la terre humide, à 3 centimètres de distance l'un de l'autre, et de telle sorte que leur extrémité ouverte dépasse très-légèrement le niveau du grès.

On procède alors à la préparation du caustique de la manière suivante : dans une cuiller de fer à bec et à manche, on met 120 grammes de potasse caustique à la chaux, et on chauffe vivement jusqu'à ce que la cuiller soit portée à la température rouge obscur et que la potasse soit en fusion parfaitement tranquille ; on ajoute alors en deux ou trois fois 40 grammes de chaux vive en poudre fine, et on opère le mélange avec une tige de fer : en un instant la chaux se divise parfaitement dans la potasse, sans que la fluidité de celle-ci diminue sensiblement; on verse alors le caustique dans les tubes jusqu'à ce qu'ils soient entièrement remplis, et on les laisse refroidir. Si au lieu d'attendre que la potasse soit arrivée à la fusion ignée pour y ajouter la chaux, on l'ajoute de prime abord, l'opération est singulièrement gênée par la présence de cette poudre, qui rend l'ébullition de la matière tumultueuse, la fait monter par-dessus la cuiller et retarde le moment où le mélange devient assez liquide pour être coulé sans difficulté.

Dès que les tubes sont refroidis, on régularise leur extrémité supérieure, et on râpe toute leur surface, afin de diminuer autant que possible l'épaisseur de leurs parois, en évitant bien de les percer, car s'ils présentaient la plus légère solution de continuité, ils seraient tout à fait perdus. La soudure des plombiers elle-même ne saurait servir à les réparer d'une manière durable.

Pour les conserver on les enferme, l'ouverture en bas, dans des tubes de verre épais ou de cristal, bouchés soit en liége, soit à l'émeri, et garnis au fond d'un lit de 1 à 2 centimètres de chaux vive en poudre, destinée à maintenir toujours à l'état sec la surface découverte du caustique. On interpose d'ailleurs un lit de coton entre le bouchon et le cylindre, afin de le maintenir fixe dans le tube.

Pour se servir de ce caustique, on en découvre la longueur que l'on désire, soit à l'extrémité, soit sur le côté, en entaillant le plomb avec un couteau.

F. Boudet.

SUR LA MOUSSE PERLÉE OU CARRAGAHEEN.

M. E. Mouchon, pharmacien à Lyon, vient de publier, dans le dernier numéro du Journal de chimie médicale, plusieurs formules destinées à faciliter l'administration du carragaheen, et par conséquent à en étendre

l'emploi thérapeutique. Le carragaheen est une substance qui mérite, sans contredit, toute l'attention des praticiens, en raison de l'abondance de son principe gélatineux, adoucissant et alibile ; d'un autre côté, les formules de M. Mouchon nous paraissent trop rationnelles pour que nous ne nous empressions pas de les porter à la connaissance de nos lecteurs.

1° *Gélatine de carragaheen.*

On soumet le carragaheen à trois décoctions successives pour l'épuiser presque complétement de sa matière gélatineuse ; puis on fait évaporer les décoctés, à la chaleur du bain-marie, dans une casserole émaillée, jusqu'à consistance de sirop très-cuit, et on en achève la concentration à l'étuve, jusqu'à parfaite siccité, dans des moules de fer-blanc, recouverts d'une couche légère de beurre de cacao, et garnis de gélatine, de manière à la constituer en plaques minces, transparentes et assez faciles à pulvériser, surtout par le mélange de la matière avec le sucre.

Cette gélatine, à la dose de 1 gramme, peut réduire en gelée 180 grammes d'eau, ou constituer, avec 90 grammes d'eau et autant de sucre, une égale quantité de produit suffisamment consistant.

2° *Saccharure de carragaheen.*

Pour obtenir ce produit, on n'a qu'à ajouter au liquide gélatineux, concentré jusqu'à consistance de sirop très-cuit, quatre fois autant de sucre qu'on a employé de carragaheen. L'opération se termine au bain-marie, en ayant soin d'agiter souvent le saccharure jusqu'à ce qu'il soit arrivé au point de se prêter facilement à la pulvérisation de toutes ses parties.

3° *Tablettes de carragaheen.*

Prenez :	Saccharure de carragaheen.......	500 grammes.
	Gomme adraganthe............	4 grammes.
	Eau commune................	45 grammes.

M. et F. S. A. des tablettes de 2 grammes, qui seront aromatisées à volonté.

4° *Sirop de carragaheen.*

Prenez :	Carragaheen.............	30 grammes.
	Eau de fontaine..........	2,000 grammes.

On épuise le carragaheen par ébullition pendant une demi-heure, on passe avec expression, et on ajoute à la colature

Sirop de sucre à 30°....... 4,000 grammes.

On chauffe pour réduire le mélange au poids du sirop employé.

Ce sirop paraît pouvoir remplacer avec un assez grand avantage le sirop de gomme arabique. Il a une certaine analogie avec le sirop hélicié et avec le sirop de gomme adraganthe, qui peuvent jouir, sous certains rapports, des mêmes propriétés médicales.

5° *Pâte de carragaheen.*

PRENEZ :	Carragaheen............	125 grammes.
	Eau commune...........	12,000 grammes.

On fait bouillir pendant une demi-heure avec les deux tiers de l'eau, on passe, et on soumet le résidu à une seconde décoction avec l'eau restante. Après une nouvelle expression, on réunit les deux décoctés et on leur ajoute :

Gomme du Sénégal blanche...1,000 grammes,

qu'on lave rapidement et qu'on fait dissoudre à chaud : on passe le soluté ; on y ajoute :

Sucre en pain........... 1,000 grammes.

Puis on expose le produit à l'action longtemps soutenue d'un bain-marie bouillant ; et lorsqu'on le juge suffisamment concentré, on le dispose, par couches minces, dans des moules de fer-blanc, à la surface desquels on a étendu du beurre de cacao. La concentration s'achève dans une bonne étuve qui la complette en quelques jours, au point de permettre à la pâte de se détacher avec assez de facilité.

Cette pâte, très-agréable au goût, surtout lorsqu'elle est aromatisée avec l'alcoolé d'oranges ou avec tout autre aromate, peut être comparée à la pâte de lichen, et mérite même de lui être préférée.

6° *Gelée de carragaheen.*

PRENEZ :	Carragaheen.............	2 grammes.
	Eau commune	250 grammes.

On fait bouillir pendant une demi-heure, on passe avec expression, et on ajoute à la colature :

Sucre en morceaux........ 40 grammes.

On concentre jusqu'à ce que le soluté soit réduit à 125 grammes de produit, que l'on passe de nouveau, et que l'on aromatise avec quelques gouttes d'alcoolé d'oranges ou de citrons.

Cette gelée a l'avantage de se conserver intacte pendant très-longtemps. Lorsqu'on la prépare sans sucre, elle contracte, après quelques

jours de conservation, un léger goût de poisson; mais cet inconvénient n'a jamais lieu quand on a fait l'addition du sucre.

SUR LA MEILLEURE MANIÈRE D'INTRODUIRE LE KERMÈS DANS LES POTIONS.

Lorsqu'il s'agit d'introduire du kermès minéral dans une potion autre qu'un looch, on a généralement l'habitude, dans les pharmacies, de triturer cette substance avec du sucre, d'y ajouter d'abord du sirop, puis d'y verser peu à peu le véhicule dont se composent les potions. En opérant ainsi, indépendamment d'un peu de dégagement de gaz acide sulfhydrique dû à la décomposition d'une certaine quantité de kermès par suite de la trituration, on ne tarde pas à voir le sel antimonique se séparer du liquide, et de là l'inconvénient de n'en pouvoir régulariser la répartition exacte pour chaque dose de la potion, malgré le soin d'agiter cette dernière avant de verser les cuillerées.

M. Mahier a publié, dans le dernier numéro du *Journal de chimie médicale*, le mode opératoire suivant, comme assurant la suspension constante et bien uniforme du kermès dans quelque potion que ce soit. Il triture d'abord le kermès avec un peu d'huile d'amandes douces; puis, à l'aide d'un peu de sucre, il forme un oléo-saccharum auquel il ajoute, par petites parties, le sirop d'abord, et ensuite le véhicule. A l'aide de ce procédé, le mélange est bien intime et la suspension durable, et l'on a même l'avantage de prévenir les réactions qui pourraient résulter de l'addition d'un oxymel à la potion.

M. Mahier emploie, avec non moins de succès, le même mode d'opérer pour introduire dans les potions certaines autres substances insolubles ou presque insolubles dans les véhicules aqueux, telles que le camphre, la quinine brute, la résine de jalap, la résine de scammonée, etc.

NOTE SUR L'ACIDE VALÉRIANIQUE ET LE VALÉRIANATE DE ZINC.

Dans une note lue à la dernière séance de la Société de pharmacie, et insérée en extrait dans le numéro de septembre du *Journal de pharmacie et de chimie*, l'auteur, M. Vuaflart, fait observer qu'en préparant le valérianate de zinc d'après le procédé suivi par MM. Guillermond et Fournier, pharmaciens à Lyon, procédé qui est à peu près le même que celui de M. Trommsdorff, il est essentiel, lorsque la combinaison de l'acide valérianique avec l'oxyde de zinc est opérée, d'ajouter

assez d'eau distillée pour dissoudre complétement le valérianate. Sans cette précaution, il serait difficile de filtrer la liqueur, et si l'on ne procédait pas à cette filtration préalable, on s'exposerait à voir le sel altéré par le mélange d'une partie du dépôt rougeâtre qui existe au fond du vase dans lequel on a opéré, ou par une portion de la matière légère qui surnage, matière qui doit être distinguée du valérianate zincique et qu'il faut séparer avec soin. On retire de quatre à cinq grammes de valérianate de zinc par kilogramme de racine de valériane, sans employer l'huile essentielle.

Au lieu d'employer le carbonate potassique pour neutraliser l'acide que l'hydrolat de valériane tient en dissolution, on peut se servir de baryte, puis faire rapprocher la liqueur jusqu'à consistance sirupeuse : en décomposant alors le valérianate barytique par un soluté de sulfate zincique, on obtient le valérianate de zinc sans avoir besoin de recourir à la distillation dans une cornue.

Du reste, il faut reconnaître que, par ce procédé, dont l'idée première est due à M. Ossian Henry on n'obtient jamais un valérianate aussi blanc que par le procédé de MM. Guillermond et Fournier.

M. Vuaflart termine sa note en disant que M. le docteur Piron-Sampigny, après avoir essayé ce nouvel agent contre un assez grand nombre de maladies nerveuses, et presque toujours avec un succès remarquable, vient de le prescrire avec non moins de bonheur dans un cas de satyriasis qui durait depuis fort longtemps : déjà, au bout de quelques jours de l'usage de ce médicament, le malade éprouvait un soulagement très-sensible, et tout fait espérer qu'en continuant l'emploi du même moyen, la guérison sera obtenue entièrement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

INFLUENCE DE LA PARALYSIE SUR LA CONSOLIDATION DES FRACTURES, SIÉGES DIVERS DES CONCRÉTIONS CALCAIRES QUI DOIVENT CONSTITUER LE CAL.

Le 17 janvier 1844, le forçat Langevin, du bagne de Toulon, âgé de trente et un ans, d'une constitution robuste, travaillait à l'empilement des bois dans le port, quand une pièce de bois très-lourde le renversa sur le ventre, contusionna fortement la région lombaire et l'abdomen, et, continuant à rouler sur ce malheureux, vint produire une fracture oblique du fémur gauche, à la réunion des deux tiers supérieurs

avec le tiers inférieur, et une fracture comminutive des deux os de la jambe gauche à leur partie moyenne.

Ce condamné fut immédiatement porté à l'hôpital du bagne ; il était dans un état fort alarmant. La peau était froide, pâle, le pouls très-faible, la sensibilité presque éteinte.

A l'aide des moyens convenables employés avec persévérance, on parvint à faire disparaître les phénomènes graves de commotion que présentait ce malade, et arrêter dans leur marche les symptômes de péritonite qui se montrèrent au début à la suite de la contusion de l'abdomen. Il resta une paralysie des extrémités inférieures, avec paralysie du rectum et de la vessie, que l'on fut obligé de débarrasser chaque jour des matières qui s'y accumulaient à l'aide du cathétérisme.

Les fractures furent traitées à l'aide de l'appareil de Scultet, et l'absence de contractions musculaires, ainsi que la docilité du malade, permirent de se borner à l'emploi de cet appareil, qui suffit pour maintenir une coaptation convenable dans la fracture de la jambe. Ce ne fut que plusieurs semaines après l'accident, lorsque le malade était déjà dans un état tout à fait désespéré, que les fragments de la fracture du fémur chevauchèrent l'un sur l'autre, de manière à donner un raccourcissement sensible au membre.

Pendant la dernière semaine du mois de janvier et une partie du mois de février, l'état général de Langevin s'améliora sensiblement, l'appétit revint, les forces se rétablirent un peu ; quelques traces de mouvement et de sensibilité reparurent dans les membres inférieurs, la vessie se débarrassa quelquefois seule des urines qu'elle contenait ; mais après plusieurs semaines d'amélioration, des eschares gangréneuses apparurent sur le sacrum et sur la région lombaire, et donnèrent lieu par leur chute à une suppuration très-abondante.

La contractilité de la vessie disparut de nouveau, la fièvre se ralluma, l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le malade succomba le 27 mars, soixante-dix jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, température médiocrement froide.

La tête n'a pas été ouverte.

Les poumons sont crépitants ; ils offrent çà et là quelques petits abcès circonscrits remplis de pus bien élaboré.

Le cœur est sain.

L'abdomen présente d'anciennes traces de péritonite, le foie est sain, la muqueuse intestinale est pâle et décolorée.

Les parois de la vessie sont plus denses que dans l'état normal; elles renferment un liquide peu abondant et fort épais.

Les membranes rachidiennes sont beaucoup plus consistantes et plus épaisses dans la moitié supérieure de la moelle que dans la moitié inférieure ; la moelle épinière elle-même, saine dans sa moitié la plus élevée, devient diffluente vers le milieu de la région dorsale, et est convertie plus bas en un liquide crémeux. Entre la moelle et ses membranes, et entre celles-ci et le canal osseux vertébral, existe une quantité notable d'un liquide purulent fétide, qui communique par les trous de conjugaison avec les larges plaies qui ont suivi la chute des eschares, des lombes et du sacrum.

Les muscles de la cuisse sont atrophiés; ils sont infiltrés d'un liquide séro-purulent, dans lequel baignent les deux fragments du fémur fracturé. Ces fragments se sont déplacés et chevauchent l'un sur l'autre, de manière que l'inférieur est en arrière et en dedans du supérieur ; ils sont réunis entre eux par une masse résistante dans divers points, encore molle et facile à couper dans quelques autres. Cette masse paraît constituée par d'anciens caillots de sang, dépouillé presque entièrement de sa matière colorante, dont on ne trouve que çà et là quelques traces. Quelques parties cèdent facilement à l'action du bistouri, d'autres résistent et crient à l'instar de fibro-cartilages ; d'autres enfin, plus résistantes encore, offrent des dépôts de petits cristaux calcaires déposés entre les fibres parallèles du tissu.

Quelques débris de périoste entourent ces diverses parties, et présentent des traces d'une vascularisation très-prononcée, et un léger commencement d'ossification dans quelques points.

Cette espèce de cal rudimentaire occupe surtout le côté par lequel les extrémités osseuses sont en contact, et le déborde un peu en avant et en arrière. Ces extrémités osseuses elles-mêmes sont amincies, et leur canal médullaire est presque entièrement oblitéré.

Les fragments de la fracture comminutive de la jambe sont dans un état de coaptation parfaite; ils sont entourés d'une matière molle de quelques lignes d'épaisseur seulement, dans laquelle il ne s'est effectué aucun travail de consolidation.

Le périoste du tibia est un peu épaissi, et les muscles du mollet sont infiltrés d'un peu de sang.

Cette observation me paraît offrir de l'intérêt, d'abord par l'absence complète de travail de formation du cal dans la fracture de la jambe, qui pourtant est restée dans le repos le plus absolu pendant les soixante-dix jours qui se sont écoulés depuis le moment de l'accident jusqu'à la mort, ce qui prouve l'influence puissante de la paralysie sur la conso-

lidation des fractures ; et de plus, par le siége qu'occupaient les premiers linéaments du cal du fémur, il est démontré, ce me semble, que tous les éléments qui avoisinent une fracture contribuent à la formation du cal, et que celui-ci est constitué par la transformation des tissus qui, de gélatineux, deviennent fibro-cartilagineux, puis osseux, en recevant des matières calcaires dans les fibres qui forment leur trame primitive.

Reynaud,
Chirurgien en chef de la marine à Toulon.

SORTIE DE DIX ASCARIDES LOMBRICOÏDES PAR UN ABCÈS A LA CUISSE DROITE.

Marie Baldit, de la commune de Pourcharesses, canton de Villefort, département de la Lozère, âgée de trente-six ans, d'une complexion délicate, mère de quatre enfants, fut atteinte, le 9 juin 1844, de douleurs intestinales très-vives accompagnées d'une rougeur érysipélateuse à l'hypogastre. Bientôt à ces symptômes vinrent se joindre les signes pathognomoniques d'une fièvre catarrhale qui régnait ici épidémiquement depuis le commencement de l'hiver. La souffrance des intestins s'apaisa vers la fin du troisième jour, et avec elle disparut complétement la rougeur du bas-ventre. Mais le lendemain, la région inguinale droite devint le siége d'une tuméfaction fort douloureuse au toucher; en même temps, une rougeur semblable à celle que j'avais observée précédemment envahit la totalité de la région crurale antérieure du même côté. Je remarquai alors les symptômes suivants : frissons irréguliers, vomissements de matières verdâtres, pouls petit et fréquent, langue rouge, urines foncées, dilatation des pupilles, céphalalgie, insomnie, abattement, chaleur brûlante et insupportable à la cuisse, sensation d'un corps étranger qui glisse de la région inguinale vers l'endroit où l'on aperçoit la rougeur érysipélateuse; constipation depuis l'invasion de la maladie.

Le douzième jour, un abcès se forma à la partie supérieure et interne de la cuisse, à quatre travers de doigt au-dessous de l'aine. Des cataplasmes émollients furent entretenus sur cette partie jusqu'au moment où l'abcès présenta une pointe noirâtre, s'ouvrit spontanément, et laissa échapper une quantité énorme de matières stercorales liquides d'une fétidité repoussante. Peu de temps après, on vit sortir de l'abcès un corps blanchâtre qui n'était autre chose qu'un ascaride lombricoïde. De légères pressions exercées sur la région inguinale facilitèrent l'évacuation d'une nouvelle quantité de matières excrémentitielles et la sortie

de neuf autres lombrics. La longueur de ces entozoaires variait depuis 12 jusqu'à 27 centimètres. Sortis vivants de l'abcès, ils périssaient dans quelques minutes, comme il arrive lorsque ces helminthes abandonnent le milieu qui leur convient.

La malade avait refusé de prendre un purgatif que j'avais prescrit le second jour. Je la décidai à faire usage de ce remède, qui provoqua d'abondantes déjections alvines et l'expulsion d'un grand ascaride. Ces matières fécales avaient la même couleur et la même odeur que celles de l'abcès.

Dès lors, soulagement très-marqué; tous les symptômes s'amendèrent rapidement, et le 4 juillet la malade fut entièrement délivrée de cette singulière affection. Depuis cette époque, elle s'est toujours bien portée. J'avais craint une fistule intestinale, qui fort heureusement n'a pas eu lieu.

Évidemment l'intestin a été perforé. Il me paraît impossible d'expliquer autrement la sortie des ascarides et des matières fécales par l'abcès. Mais comment cette perforation s'est-elle opérée? S'il est permis de conjecturer (et ici comme dans une infinité d'autres cas les médecins ne peuvent pas faire autre chose), je présume que la perforation dont il s'agit a été le résultat de l'inflammation intestinale occasionnée par la présence des vers.

COMBE, D. M.
A Villefort (Lozère).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. MACKENZIE; *traduit de l'anglais avec notes et additions*, par MM. LAUGIER et RICHELOT. Paris, 1844.

Ce livre est du petit nombre de ceux qu'il suffit d'annoncer pour rappeler leur mérite et leur incontestable utilité pratique. La haute position de l'auteur, trois éditions consécutives de son ouvrage, et le succès qu'obtient dans ce moment la traduction française exécutée avec autant d'élégance que de fidélité par MM. Laugier et Richelot, sont déjà des garanties qui rendraient inutiles tout éloge comme toute critique; aussi, dans cette analyse, notre tâche devient assez difficile, et ce n'est pas sans une sorte de timidité que nous hasardons de transcrire ici les observations que nous a suggérées la lecture de l'ouvrage du célèbre ophthalmologiste de Glascow.

Dans un discours préliminaire, les traducteurs se livrent à quelques considérations générales sur le mérite de l'ouvrage de M. Mackenzie, et sur les motifs qui les ont engagés à le traduire. « Aucun des traités des maladies de l'œil publiés en français, disent-ils, ne saurait lutter avec l'ouvrage de M. Mackenzie ; les uns écrits, il est vrai, par des oculistes de premier ordre, comme Maître Jean, Saint-Yves, sont, malgré leur prix incontestable dans l'histoire de l'oculistique, incomplets et surannés ; les autres, plus modernes, sont de véritables abrégés, tels que la traduction du livre de Scarpa, par M. Léveillé, où quelques points seulement de la science sont étudiés à l'exclusion de tous les autres ; ou bien ce sont, pour la plupart, des compilations de mérites divers pour lesquels l'ouvrage de M. Mackenzie lui-même a été mis à contribution. Nous pouvons donc affirmer, qu'en France du moins, aucun traité des maladies de l'œil n'est comparable à celui de M. Mackenzie, dont la réputation est d'ailleurs européenne. »

La profession de foi par laquelle nous avons commencé nous met plus à l'aise pour examiner la justesse de cette opinion ; nous tâcherons de le faire avec l'esprit d'indépendance et de bonne foi que réclame toute espèce d'appréciation scientifique. Et d'abord, nous n'avons jamais cru que les publications de Saint-Yves, Maître Jean, Méry, Lafaye, Poyet, Bérenger, Morand, Bordenave, Le Cat, Daviel, Pamard, Delarue, Guérin de Lyon, Janin, Wenzel, Demours, etc., pouvaient déjà être considérées comme des ouvrages *surannés*.

La première traduction française de Scarpa n'a pas trouvé, il est vrai, un fidèle interprète, mais les éditions successives, surtout celle de MM. Bousquet et Bégin, ne laissent rien à désirer ; quant au mérite intrinsèque de l'ouvrage du professeur de Pavie, loin de croire, comme MM. Laugier et Richelot, que *certains points seulement de la science y sont étudiés à l'exclusion de tous les autres*, nous pensons que l'ouvrage de Scarpa a été pendant longtemps une espèce de code ophthalmologique pour les praticiens ; et nous n'hésitons pas à dire que ce livre a été le point de départ de la nouvelle impulsion donnée à l'oculistique. Les plus grands ophthalmologistes contemporains de l'Angleterre, de la France et même de l'Allemagne, puisèrent à cette source, et puisqu'il s'agit ici de la traduction d'un ouvrage anglais, il n'est pas hors de propos de faire observer que Travers et Guthrie s'empressèrent, dans leurs dernières publications, de déclarer que l'ouvrage de Scarpa avait été, pendant longtemps en Angleterre, le seul livre auquel les médecins et les étudiants pussent recourir avec profit. C'est qu'en effet ce livre renferme les idées pratiques les plus larges, et que partout l'on y voit le cachet de l'homme de génie. Pour ce qui re-

garde les ouvrages d'ophthalmologie qui ont paru en France depuis une dizaine d'années, il nous semble que les publications de MM. Sichel, Carron du Villards, Sanson, Velpeau, Cunier, Bérard jeune, Rognetta, Pétrequin, Stoëber, etc., pouvaient être considérées autrement *que comme des compilations de mérites divers*. Enfin, s'il est permis de dire un mot de soi-même sans blesser aucune convenance, ajoutons qu'un livre contenant de nombreuses et pénibles recherches *sur les maladies des yeux considérées dans leurs rapports avec les différentes professions*, un travail rédigé dans les ateliers et dans les manufactures, et pour lequel *l'ouvrage de Mackenzie n'a pas été mis à contribution;* un livre enfin qui a reçu les encouragements de toute la presse médicale et de quelques sociétés savantes, pouvait être indiqué, au moins une fois, dans la volumineuse traduction qui fait le sujet de cet article.

Nous demandons pardon à MM. Laugier et Richelot de ce préambule; il est juste de faire l'éloge des ouvrages remarquables qui nous viennent de l'étranger, mais il faut se garder de trop déprécier les travaux de ses compatriotes. On ne doit jamais craindre, au contraire, lorsqu'on traduit un ouvrage, d'y ajouter des remarques critiques; loin de nuire ainsi à la réputation du livre, on en augmente le prix aux yeux du public impartial et éclairé. Il y a bientôt sept ans, dans une longue et vive polémique, nous avons prouvé toute la part qu'avaient prise les chirurgiens français au mouvement ophthalmologique de notre époque; ce que nous avons fait alors pour les Allemands, hésiterions-nous à le faire pour les admirateurs enthousiastes de M. Mackenzie? Nous ne sommes pas assez Anglais pour cela!...

Revenons maintenant à l'examen des matières contenues dans cet ouvrage. A l'exemple de Boërhaave, qui le premier se livra à l'enseignement public des maladies des yeux, l'auteur a suivi l'ordre anatomique; cette classification, malgré ses inconvénients, offre beaucoup de facilité pour l'étude, aussi la voit-on adoptée par la plupart des ophthalmologistes contemporains.

Le premier chapitre est consacré aux maladies de l'orbite, telles que contusions, fractures, plaies pénétrantes, périostose, carie, compression, etc. Les chapitres suivants traitent des maladies de l'appareil lacrymal, des sourcils, des paupières, de la conjonctive et des muscles de l'œil. Les traducteurs ont complété cette dernière partie par l'exposition judicieuse et impartiale des différents procédés opératoires du strabisme.

Une note également intéressante est ajoutée à l'article *fistules lacrymales*. MM. Laugier et Richelot s'élèvent avec raison contre la

prétention de quelques chirurgiens modernes qui veulent guérir les fistules en extirpant la glande lacrymale. Outre que cette opération n'est pas nouvelle, puisqu'elle est même indiquée dans l'ouvrage de M. Mackenzie, on s'expose en la pratiquant à de graves mécomptes ; ainsi, comme les traducteurs, nous pensons que ce moyen curatif n'est ni *simple*, ni *efficace*, ni *sans inconvénients*.

Les chapitres sur les ophthalmies proprement dites, sur les maladies consécutives aux ophthalmies, sur les épanchements et les tumeurs du globe, ne laissent rien à désirer ; on retrouve partout le cachet d'une saine observation et d'une expérience consommée. Les articles sur la cataracte, sur la pupille artificielle et sur l'amaurose, sont de très-bonnes monographies à consulter ; historique, étiologie, appréciation des différents procédés opératoires, soins consécutifs aux opérations, tout est exposé avec l'exactitude la plus scrupuleuse et une méthode analytique d'une impartialité remarquable.

Au sujet de la cataracte, les traducteurs ont ajouté quelques remarques sur les trois images qui se produisent dans le champ de la pupille lorsque le cristallin ou ses capsules ne sont pas opaques. On sait, en effet, que si l'on présente une bougie devant un œil sain, on voit trois images de la flamme ; deux de ces images sont *droites*, la troisième, située entre les deux autres, est *renversée*. La première image droite est réfléchie par la cornée, la seconde par la surface antérieure du cristallin, et la troisième, c'est-à-dire l'image renversée, plus petite que les deux autres, est réfléchie par la surface postérieure du cristallin. L'application de cette loi incontestable de physique au diagnostic différentiel de la cataracte n'est pas infaillible, et nous pensons qu'au lieu d'éclairer le diagnostic des parties profondes de l'œil, elle le rend quelquefois plus difficile. Nous ne concluons pas de cela que c'est un moyen qu'il faille négliger, mais nous ne lui donnons pas beaucoup d'importance : c'est un signe diagnostic de plus à ajouter à tous ceux que la science possède. Nous avons vu avec plaisir que MM. Laugier et Richelot ne professent pas un grand enthousiasme pour cette découverte. Un mot maintenant sur la question de priorité. C'est à Sanson qu'on attribue généralement la première application de cette loi au diagnostic de la cataracte ; M. Mackenzie lui-même l'appelle *méthode de M. Sanson*. Cependant, il y a bientôt quatre ans, nous avons été le premier en France à revendiquer (1) cette découverte en faveur de M. Purkinje, et nous ne faisions que répéter ce que M. Florent Cunier avait écrit avant nous en Belgique (2). Pour se convaincre de ce fait, il suffit de savoir que

(1) *Traité pratique des maladies des yeux.*

(2) *Annales d'oculistique.*

M. Sanson a publié ses recherches en 1837, et que M. Purkinje avait déjà décrit et expliqué par des planches l'épreuve des images dans une dissertation inaugurale écrite en 1823, ayant pour titre : *Commentatio de examine physiologico organi visus*, etc., *Vratislaviæ*, 1823. Il est donc démontré que c'est à M. Purkinje et non à Sanson qu'est due cette découverte; si toutefois on ne prouve pas plus tard que M. Purkinje lui-même a puisé cette idée à une autre source.

L'ouvrage traite, en terminant, des anomalies de la vision, du glaucôme et des entozoaires de l'organe de la vue.

Nous aurions désiré examiner avec beaucoup de détail les doctrines contenues dans tous les chapitres de ce traité, mais nous avons craint de dépasser les limites que *le Bulletin de Thérapeutique* consacre habituellement aux articles de bibliographie.

Nous regrettons que les notes des traducteurs soient peu nombreuses et écrites sous un point de vue exclusivement chirurgical. Les observations intercalées dans le texte occupent trop de place dans un exposé *pratique* des maladies de l'organe de la vue; il y a peu d'ouvrages destinés aux praticiens et aux élèves qui comptent dans un seul volume 332 *observations*, dont quelques-unes forment trois et même quatre colonnes en petit texte. En élagnant une grande partie de ces observations, ou en les analysant sommairement en quelques lignes, on aurait eu un très-grand espace pour enrichir la traduction d'une foule de commentaires utiles sur les travaux ophthalmologiques qui ont paru depuis la dernière édition de l'original anglais. Nous aurions désiré voir l'exposition et l'appréciation analytique des travaux des médecins belges sur l'ophthalmie purulente et sur la nature et le traitement des granulations; les nouvelles recherches de M. Sichel sur le glaucôme; de M. Carron du Villards sur les épanchements sanguins de l'œil; de M. Demarres sur les dacryolithes et les rhinolithes; de M. Malgaigne sur l'abrasion de la cornée, et sur le siége et la nature de la cataracte; de M. Zockalski sur les sensations des couleurs dans l'état physiologique et pathologique de l'œil; de M. Pétrequin sur les amauroses; de M. Bonnet sur un nouveau procédé pour l'extirpation du globe de l'œil, procédé qui a été employé la première fois sur le vivant par M. Stoëber, et consécutivement par MM. Cunier et Bérard jeune et par nous-même. Enfin la question importante sur les ophthalmies spécifiques ou sur les vascularisations et les colorations des diverses parties de l'œil considérées comme signes diagnostiques différentiels des ophthalmies, question qui a été le sujet de beaucoup de controverses, aurait dû fixer l'attention particulière des traducteurs; car cette doctrine forme la base de l'é-

cole ophthalmologique allemande (1), et l'Académie royale de médecine vient de lui consacrer plusieurs séances.

C'est en remplissant ces différentes lacunes, que le traité de M. Mackenzie n'aurait rien laissé à désirer, et à cette condition nous n'aurions pas hésité à le considérer comme l'ouvrage le plus complet d'ophthalmologie.

Enfin, quelles que soient les légères imperfections que nous avons dû signaler dans le fond et dans la forme de ce livre, félicitons les savants traducteurs de nous l'avoir si fidèlement et si correctement transmis.

S. Furnari.

Analyse physiologique de l'entendement humain, d'après l'ordre dans lequel se manifestent, se développent et s'opèrent les mouvements sensitifs, intellectuels, affectifs et moraux; suivie d'exercices sur divers sujets de philosophie; par J. C. Collineau, *docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, de la Société de médecine de Paris*, etc., etc.

La pensée de M. Collineau se dégage quelquefois un peu difficilement des discussions auxquelles l'importance du sujet qu'il n'a pas craint d'aborder l'entraîne nécessairement : d'un autre côté, la méthode suivant laquelle il a enchaîné les nombreuses et vastes questions qu'il a successivement traitées nous a paru peu sévère, et concourt aussi, pour sa part, à jeter de l'indécision dans l'expression de la doctrine générale qu'il vient à formuler. Heureusement M. Collineau, en homme judicieux et de science réelle, a compris tout d'abord qu'il y avait danger à tenter l'analyse de l'entendement humain du point de vue physiologique pur, et il s'est hâté de se placer dans cette laborieuse étude sous la protection de la doctrine philosophique et religieuse la plus saine. Par là, il s'est mis à l'abri d'écarts dans lesquels tant de médecins se sont laissé égarer. Que si, comme nous croyons l'avoir remarqué, M. Collineau touche de près au panthéisme en se laissant prendre à la phraséologie de l'école de Schelling, reproduite en physiologie par Burdach, Carus, etc., fort de la doctrine supérieure sur laquelle il s'appuie, il proteste lui-même contre cette fausse interprétation des faits.

M. Collineau saisit le principe de vie en dehors même de la matière, et cherche à le caractériser en tant que force, que virtualité. Ce principe est, suivant lui, dans son origine et dans son essence, le pro-

(1) Voyez notre Mémoire sur la spécificité des ophthalmies. *Bulletin de Thér.*, août 1841.

duit de l'émanation d'une pensée, le résultat d'une conception ; c'est, en dernière analyse, une substance ou un être de nature intellectuelle. Par son union avec la matière qu'il anime, il produit toutes les manifestations par lesquelles se traduit la vie. Les actes ou mouvements en lesquels consistent ces nombreuses manifestations sont, dit l'auteur, « une suite infinie d'actions et de réactions, dont l'ensemble manifeste la sensibilité, être abstrait, qui d'abord ne représente à l'esprit que la propriété de réagir sur les corps qui sont de nature à modifier l'existence soit des parties, soit du tout ; mais qui, en effet, est pour nous la base et la révélation de tous les phénomènes de la vitalité. »

Là est, en effet, pour M. Collineau, le point de départ de toutes les manifestations animales. C'est parce que la matière est devenue par son union avec le principe animateur capable de sensibilité, que l'homme devient un être intellectuel, affectif et moral. Ce n'est pas que, comme l'entendait faussement Condillac, le jugement, la comparaison, l'attention et toutes les facultés de l'entendement, en un mot, ne soient que la sensation transformée ; non, la sensibilité qui, d'une part, met l'homme en rapport avec l'objectif, et, d'autre part, avec le moi, en tant au moins qu'il s'agit de certaines impressions internes, la sensibilité est la condition essentielle du développement des facultés humaines.

Force nous est de nous borner à cet aperçu général d'un ouvrage qui ne touche point à la pratique médicale proprement dite. Nous ne voulons pas cependant clore cette courte notice sans engager les médecins à lire l'ouvrage de M. Collineau ; ils y verront qu'un esprit éclairé, sagace, habitué à l'étude des modifications de l'organisme, peut percer l'enveloppe de cet organisme, et arriver jusqu'à l'homme à proprement parler, c'est-à-dire à cette force irréductible qu'on appelle l'intelligence. Le matérialisme, qu'on se le persuade bien, n'est fort souvent que de l'impuissance ou de la paresse d'esprit.

Thérapeutique appliquée, ou Traitements spéciaux de la plupart des maladies chroniques, par P. J. C. Debreyne, *docteur médecin de la Faculté de Paris, et professeur particulier de médecine pratique à la Grande-Trappe* (*Orne*). — 2e édition, revue, corrigée et notablement augmentée.

Placé dans des conditions particulières qui lui permettent d'étudier sur une large échelle les maladies chroniques, M. le docteur Debreyne a cru chose utile de faire part au public médical des résultats d'une expérience qui remonte déjà à quelque vingt ans. Nombreuses sont les affections dont il s'efforce ainsi de déterminer la meilleure, la plus sûre

thérapeutique : il les rattache à trois grands groupes distincts, qui sont les névroses ou névropathies, les inflammations et les asthénies. Lorsqu'on étudie avec attention les espèces morbides que l'habile médecin de la Trappe range dans ces trois grandes divisions, on se prend parfois à douter de la justesse de la catégorisation de l'auteur ; mais ce serait trahir une tendance par une critique un peu sévère que de le reprendre sur ce point. Outre qu'après tout, dans l'état actuel de la science, dans cet état de transition où nous sommes évidemment sur nombre de questions capitales, il serait difficile peut-être de justifier philosophiquement une nosologie quelconque, il est juste de ne point chercher dans un livre ce qu'un auteur n'a point voulu y mettre. M. Debreyne classe, dénomme les individualités morbides dont il s'occupe, hardiment, sans se préoccuper de la question préjudicielle dont cette catégorisation suppose la solution, et dit simplement, empiriquement les résultats thérapeutiques auxquels sa pratique particulière l'a conduit. Si un livre conçu dans une telle pensée court le risque, dans quelques cas, de manquer de rigueur scientifique, il nous affranchit aussi de beaucoup de divagations possibles et va droit aux résultats positifs, ce qui, à cette époque de véritable décadence thérapeutique, a au moins son à-propos.

Mais, hâtons-nous de le dire, il n'y a pas que cette opportunité, cette heureuse tendance à louer dans le livre intéressant dont il s'agit en ce moment ; il y a là plus d'une question pratique positivement résolue ; il en est plus encore sur lesquelles quelques lumières sont répandues. Parmi les divers moyens que M. Debreyne a soumis à une expérimentation sagace, c'est surtout, suivant nous, la belladone, dont il a tout à la fois le plus étendu les applications. Dans toutes les affections nerveuses, qui sont surtout caractérisées par un désordre actif de la contractilité musculaire, l'auteur, maniant habilement cette substance, sait en tirer un admirable parti. C'est surtout ici que le défaut d'une caractéristique suffisante se fait sentir. Il ne suffit certainement pas de dire que l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, l'asthme, le tétanos, etc., etc., peuvent être heureusement modifiés par l'emploi de la belladone ; cette application n'est méthodique qu'à une condition, c'est que les cas individuels soient nettement spécialisés.

Nous signalerons encore comme une excellente étude pratique ce que l'auteur enseigne sur la thérapeutique différentielle de la gastrite chronique et de la gastralgie. C'est là un des points de pratique les plus éclairés : l'auteur paraît avoir attaqué cette question en homme qui a vu et bien vu.

Il serait trop long de parcourir la liste nombreuse des maladies que M. Debreyne a tour à tour étudiées dans son ouvrage ; qu'il nous suf-

fise de dire que si ce petit livre obtient le succès qu'il mérite, il servira réellement la science pratique. Nous n'oserions certes pas en dire autant de tous les gros volumes qui éclosent chaque jour sur le terrain planteureux de la médecine.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide citrique. — Altération particulière des gencives dans cette maladie. — Quoique l'épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans Paris ait sensiblement diminué, on en rencontre encore un plus grand nombre de cas dans les hôpitaux que de coutume. Ainsi, dans le seul service de M. Cruveilhier, à l'hôpital de la Charité, service qui ne se compose que d'une salle d'hommes et d'une salle de femmes, nous avons encore pu observer huit malades atteints de cette affection à différents degrés, cinq hommes et trois femmes, dont la plupart cependant étaient en bonne voie de guérison.

On sait que cette terrible et singulière affection présente ceci de plus singulier encore, c'est que son traitement est livré à l'arbitraire le plus complet, aux opinions les plus contradictoires et aux médications les plus incohérentes. Dans ce même hôpital de la Charité, où M. Bouillaud préconise les saignées coup sur coup, dont il fait un usage si large, où MM. Andral et Rayer se refusent à l'emploi de toute méthode générale de traitement, M. Cruveilhier a adopté une médication que pour notre compte nous appellerions volontiers médication expectante, si nous ne savions que cet honorable praticien lui attribue une activité et une énergie qui s'allient mal avec l'expectation.

Ainsi, M. Cruveilhier est très-avare d'émissions sanguines. Pour les mettre en œuvre, il lui faut des malades vigoureux et pléthoriques, une réaction vive, des symptômes irréfragables, en un mot, d'une violente inflammation. Il néglige constamment les applications topiques, cataplasmes, etc., auxquels il n'attribue aucune efficacité, et il s'abstient entièrement des purgatifs. Mais il fait un grand usage de la limonade citrique. Tous les malades que nous avons vus ont été traités de la manière suivante : pour boisson, deux pots de limonade édulcorée ; une potion avec 30 grammes de sirop citrique, un lavement avec égale quantité du même sirop ; diète rigoureuse et prolongée jusqu'à parfaite convalescence, et voilà tout.

Il y a quelques mois, M. Cruveilhier se félicitait des succès obtenus par cette médication et de la mortalité moindre qui avait régné dans

son service. Nous croyons qu'en ce moment le niveau général se trouve rétabli, et que la mortalité y est à peu près pareille à celle qu'on observe ailleurs. Cette égalité n'en est pas moins remarquable. Si sous l'influence de cette médication si simple et, nous le croyons, si peu active, le chiffre de la mortalité n'est pas plus élevé que là où des méthodes réellement énergiques sont mises en œuvre, qu'en conclure, si ce n'est que la véritable méthode de traitement de la fièvre typhoïde est encore à trouver, et que le praticien doit se tenir en garde contre l'annonce si fréquente de pompeux résultats basés sur des séries de faits trop peu nombreux ?

Nous avons eu cette année de nombreuses occasions de vérifier la justesse de l'observation de notre honorable confrère M. Ranque, d'Orléans, sur l'altération particulière des gencives propre à la fièvre typhoïde. Sur les huit malades du service de M. Cruveilhier, cette altération est manifeste, et on a pu l'observer dans toutes les transformations qu'elle subit suivant les phases de la maladie. Cependant, elle ne s'est pas montrée avec tous les caractères assignés par M. Ranque. Ainsi, elle ne siége pas exclusivement sur les gencives des petites molaires et des incisives supérieures ; nous l'avons remarquée aussi bien et peut-être plus souvent en bas qu'en haut. Il nous semble aussi que ce n'est pas par l'expression d'un *enduit blanc nacré* des gencives que l'on devrait la désigner, car évidemment ce n'est pas un enduit, et cette altération résiste à toute tentative faite pour l'enlever. Elle ressemble beaucoup mieux, comme nous le faisait observer M. Roussel, interne très-distingué de M. Cruveilhier, à l'altération des gencives qui résulte d'une cautérisation produite avec le nitrate d'argent.

Cette altération, disions-nous, n'est pas la même à toutes les époques de la maladie. Au début et pendant la première époque, c'est une ou plusieurs taches blanchâtres de formes diverses, tantôt un simple linéament dessinant le contour de la gencive, tantôt un ruban plus ou moins large, tantôt enfin une plaque d'étendue variable. Plus tard cette tache, ce ruban, ce linéament s'agrandit et envahit une étendue plus considérable de la gencive. La maladie marche-t-elle vers son déclin? la tache disparaît, et à sa place on remarque une véritable ulcération de la gencive, dont la cicatrisation marche en même temps que la guérison de la maladie.

Ces faits sont depuis quelque temps d'observation journalière dans le service de M. Cruveilhier ; mais le mérite n'en doit pas moins revenir à M. Ranque, qui le premier a appelé l'attention sur ce phénomène curieux.

Varioloïde survenue immédiatement après la vaccination. — Varioles confluentes sur des sujets vaccinés. — Une fille de dix-huit ans est actuellement couchée dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, qui présente un fait rare et assez embarrassant au point de vue étiologique. Cette fille est venue à l'hôpital pour se faire traiter d'un abcès au sein, suite de couches. M. Velpeau s'aperçut qu'elle n'était point vaccinée. Comme plusieurs cas de variole existaient dans les salles, il lui proposa la vaccination, qu'elle accepta. Trois jours après, l'éruption vaccinale s'est développée normalement ; mais le cinquième jour de la vaccination, cette fille a été prise d'accidents prodromiques généraux, et une éruption s'est manifestée à la peau. Cette éruption a bientôt pris tous les caractères de la varioloïde, et au moment où nous l'avons vue, cette fille présentait le rare spectacle d'une éruption vaccinale régulière et d'une éruption varioloïde disséminée sur la surface du corps. A part la largeur des pustules, qui est plus considérable aux piqûres du vaccin, cette éruption présente absolument les mêmes caractères, et si l'on n'était prévenu, il serait impossible de les distinguer.

Sous quelle influence cette éruption s'est-elle manifestée? Peut-on l'attribuer à l'action du vaccin? Cette fille était-elle déjà, au moment de la vaccination, dans la période d'incubation de la variole, et la vaccination n'a-t-elle pas modifié, atténué l'éruption ? On comprend combien il est difficile de répondre à ces questions ; cependant la dernière opinion nous paraît la plus probable. Des faits analogues ont été observés dans des épidémies de variole.

Dans le service de M. Cruveilhier existent deux malades présentant les cicatrices de la vaccine et qui viennent d'être atteints de variole confluente. Ces faits malheureusement ne sont plus rares. Ce qui nous a frappé dans un de ces cas, c'est que chez l'un des malades la vaccination ne datait que de douze ans. La vertu préservatrice du vaccin aurait eu dans ce cas une bien plus courte durée qu'on ne le croit généralement.

Fractures multiples produites par une explosion de gaz. — Guérison rapide. — Le 22 juillet dernier, la nommée Vater, âgée de trente-huit ans, d'une forte constitution, actuellement nourrice d'un enfant dont elle était accouchée depuis quelques mois seulement, fut apportée à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme travaillait dans une pièce où existait une fuite de gaz d'éclairage, qui s'enflamma subitement par suite de l'imprudence d'une autre personne qui y apporta une chandelle allumée. La commotion fut si violente, que la femme Vater fut

renversée avec force, et resta sans connaissance : à son entrée à l'hôpital, dans le service de M. Jobert, elle présente sur le côté gauche de la lèvre supérieure une plaie transversale de 3 centimètres de longueur : la première phalange du pouce de la main droite et le métacarpien correspondant sont fracturés comminutivement : il existe, en outre, à 10 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne, une fracture des deux os de la jambe gauche ; cette fracture, également commiuutive, s'accompagne d'ecchymoses vastes et profondes ; enfin, le membre abdominal droit présente une fracture du péroné siégeant très-près de l'articulation du pied, dans l'étendue de l'insertion de cet os au tibia, et de plus une fracture des os du tarse paraissant occuper les cunéiformes, et une autre des deux derniers métatarsiens.

Malgré le gonflement considérable et l'épanchement sanguin très-étendu dont s'accompagnent ces dernières fractures, la crépitation est très-manifeste. J'ajouterai que le membre droit est un peu tuméfié dans toute son étendue. M. Jobert, qui vit la malade le lendemain, la trouva dans un état de prostration moins prononcé que celui où elle était la veille ; la douleur n'était pas très-marquée ; mais il existait une réaction fébrile qui s'accrut pendant plusieurs jours. Sous l'influence de cette fièvre traumatique on observa dans les seins de cette femme les mêmes phénomènes que ceux qui ont lieu dans la fièvre puerpérale, c'est-à-dire que la sécrétion du lait fut augmentée, que les seins prirent un développement considérable et devinrent douloureux : on fut obligé d'y appliquer des cataplasmes, et de recourir à des ventouses pour opérer une succion artificielle. Sous l'influence de ces moyens, le lait coula abondamment, et les seins se détuméfièrent lentement, surtout le sein gauche. Le traitement des fractures fut simple, celle de la jambe gauche fut soumise à l'appareil ordinaire de M. Jobert (pour la description, voir le numéro du *Bulletin de Thérapeutique*, mai 1842, page 298). Pour le pouce, on eut recours à une palette convenablement appliquée pour maintenir l'immobilité. A la jambe droite, on ne fit usage d'aucun appareil ; la fracture du péroné n'en nécessitait aucun, car tout déplacement des fragments était impossible en raison de son siége ; il en était de même pour les fractures des os du pied ; celui-ci fut enveloppé de cataplasmes émollients pendant quelques jours ; puis, quand le gonflement fut diminué, on les remplaça par des compresses trempées dans de l'eau-de-vie camphrée. La plaie de la lèvre fut réunie immédiatement par plusieurs points de suture entortillée. Aujourd'hui, 18 septembre, toutes les fractures sont consolidées régulièrement, la santé générale de cette femme est excellente, et elle se dispose à quitter l'hôpital.

Nouveau mode de traitement de la fissure à l'anus par incision. — A l'hôpital Saint-Louis, nous avons vu, dans le service de M. Jobert, une jeune fille âgée de vingt-trois ans, d'une forte constitution, et affectée d'une fissure à l'anus dont elle ressentit les premières atteintes il y a cinq ans. La malade nous dit que depuis cette époque elle n'a peut-être pas été une seule fois à la garderobe sans éprouver de la douleur. Actuellement, la défécation est tellement douloureuse qu'elle fait tous ses efforts pour retenir le plus longtemps possible les matières fécales; aussi est-elle huit et dix jours sans les rendre. L'examen de l'anus y fit découvrir à gauche une fissure profonde avec ulcération de la membrane muqueuse dans une assez grande étendue: toute la surface de cette ulcération est grisâtre et parsemée de quelques fougosités rougeâtres. M. Jobert, à l'aide de tractions convenablement exercées par les mains des aides, fit d'abord effacer les plis de l'anus, et rendit ainsi l'ulcération plus visible; ensuite, avec une petite pince à dents, il saisit toute la portion de membrane muqueuse ulcérée qu'il excisa dans toute son étendue en se servant de ciseaux courbes sur le plat. Le résultat de cette opération fut d'emporter la fissure et de la remplacer par une plaie simple de la largeur d'une pièce de 2 francs; une mèche en charpie, peu volumineuse, fut introduite dans le rectum après avoir été préalablement enduite de cérat ordinaire. Tous les jours M. Jobert remplaça cette mèche sans augmenter sa grosseur. Elle agit dans ce cas à la manière de celles dont on fait usage après avoir incisé une fistule à l'anus; c'est-à-dire qu'elle a pour but d'empêcher la réunion des bords de la plaie avant celle de son fond. M. Jobert dit qu'il n'a pas encore vu échouer cette méthode, qu'il a souvent eu occasion d'appliquer.

Il y a loin, comme on voit, de cette opération simple, peu douloureuse et exempte d'accidents consécutifs, à celle que conseillait Boyer, c'est-à-dire l'incision du sphincter anal. On sait qu'à la suite de cette incision, il n'est pas rare de voir les malades ne plus pouvoir retenir les matières fécales et surtout les gaz intestinaux, et que plusieurs ont succombé avec des foyers purulents dans le tissu cellulaire du bassin. Pendant longtemps le chirurgien de Saint-Louis avait cru que la contraction spasmodique du sphincter anal préexistait toujours à l'ulcération, et que conséquemment celle-ci n'était qu'un épiphénomène dont la soustraction ne pouvait, quand cette contraction existait, donner une guérison définitive. Aujourd'hui que l'expérience lui a prouvé le contraire, il a fait de l'excision une méthode générale de traitement, et les résultats qu'il a obtenus ne lui permettent pas de douter que très-souvent la fissure, par la douleur et l'irritation qu'elle entretient au pourtour de l'a-

nus, ne détermine consécutivement le spasme du sphincter, et qu'on a grand tort alors de suivre l'exemple de Boyer quand on a dans l'excision un moyen de guérison sûr et exempt de dangers. Quant à la cautérisation, préconisée par Béclard et plus tard combattue par Richerand, qui l'avait essayée à l'hôpital Saint-Louis, M. Jobert, fidèle aux traditions de son illustre devancier, la repousse également. Suivant lui, lorsqu'elle ne se borne pas seulement à être impuissante, elle devient encore nuisible. Il a vu une dame de Tours chez laquelle, employée un très-grand nombre de fois, la cautérisation avec le nitrate d'argent avait eu pour résultat de détruire les parties molles dans une grande étendue, de telle sorte que de superficielle qu'elle était d'abord, la fissure était devenue très-profonde, et cette malade est une de celles que M. Jobert a opérées avec succès par excision.

Cancer de la verge. — Tumeur inguinale volumineuse. — Double opération suivie de succès. — Un homme âgé de soixante-neuf ans, ancien militaire, doué d'une bonne santé habituelle, est entré à la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, pour un cancer de la verge, compliqué d'une tumeur volumineuse de l'aine gauche, formée par un engorgement considérable des ganglions lymphatiques de cette région. Ce malade porte depuis sa naissance un phimosis dont il n'a jamais songé à se faire opérer; c'est depuis trois ans seulement qu'il a été averti par quelques douleurs de l'invasion de la maladie, qui aujourd'hui a fait des progrès considérables. M. Roux, à cette occasion, insiste sur le rapport constant qui existe entre l'affection dont il s'agit ici et la préexistence d'un phimosis congénital ou accidentel : cette disposition anatomique est évidemment pour lui la cause occasionnelle du cancer de la verge, et il ne doute pas que le malade n'eût pu en prévenir le développement s'il se fût fait opérer du phimosis en temps opportun. L'importance pratique qui résulte de ce fait étiologique, que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a toujours retrouvé chez les individus auxquels il a dû amputer la verge pour un cancer, est digne de fixer toute l'attention du praticien, surtout si on se rappelle que, d'accord avec M. Roux, le docteur Hay, chirurgien anglais, signala avant lui la préexistence du phimosis congénital neuf fois sur douze opérations semblables qu'il pratiqua pour des maladies cancéreuses. C'est ordinairement chez les vieillards que le cancer se développe, et la raison en est dans l'absence des soins de propreté à cet âge ; on comprend en effet comment le séjour prolongé de mucosités que sécrète la muqueuse à la surface du gland y entretient une irritation qui devient le point de départ de la maladie. Dans le cas dont nous nous occupons, il existait une grave complication : je veux parler de la tumeur

inguinale dure, volumineuse et adhérente aux parties profondes. Ce fut par cette tumeur que M. Roux commença l'opération : il la circonscrivit par une incision circulaire, et la disséqua dans toute sa circonférence, en prenant toutes les précautions nécessaires pour ne pas léser les vaisseaux fémoraux ; malgré cela un vaisseau principal fut ouvert ; l'opérateur ne le nomme pas ; toutefois, comme il était accolé au côté interne de l'artère crurale, on put craindre que ce ne fût la veine du même nom ; sans songer à lier ce vaisseau qui fournissait une hémorrhagie abondante, M. Roux tamponna le fond de la plaie avec de la charpie, et comprima avec force à l'aide du spica de l'aine. Le professeur pratiqua ensuite l'amputation de la verge d'un seul coup de couteau ; le tranchant fut dirigé un peu de bas en haut : l'opération n'offrit rien de particulier. Aucun accident consécutif n'est survenu : l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, l'état du malade est satisfaisant. Ce ne fut que deux jours après l'opération qu'on leva l'appareil placé sur la région inguinale.

N'omettons pas de dire que M. Roux passa une sonde dans le canal de l'urètre ; l'expérience lui a appris que la cicatrisation de la plaie a pour effet d'en rétrécir l'orifice extérieur si on néglige de prendre cette précaution ; on ne doit s'en abstenir que lorsque la cicatrice est achevée déjà depuis quelque temps. Il est digne de remarque qu'à la suite de cette double opération le malade n'a pas éprouvé la moindre réaction fébrile ; et aujourd'hui, un mois après, la verge est presque complétement cicatrisée, et la plaie de l'aine est en voie de l'être très-prochainement. De l'étiologie assignée par M. Roux au cancer de la verge, il résulte que celui-ci est purement local, produit d'une cause qui, elle-même, est aussi essentiellement locale ; il s'ensuit que la récidive de la maladie est ici bien moins à redouter que pour le cancer des autres organes de l'économie ; l'expérience a mis ce point hors de toute contestation ; c'est le dire du professeur, qui a noté un assez bon nombre de faits qui tous viennent à l'appui de son opinion ; il rappelle entre autres l'observation qui a trait au frère du célèbre Buffon, opéré par lui, en 1809, d'un cancer de la verge ; il mourut beaucoup plus tard d'une maladie de tout autre nature.



RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANGINE TONSILLAIRE (*Du traitement de l') par les cautérisations.* M. le docteur Kôsciakiewicz a communiqué à la Société d'Indre-et-Loire un mémoire sur ce sujet, dont nous devons faire connaître quelques détails. L'auteur s'est trouvé en position d'observer cette affection un grand nombre de fois à Rive-de-Gier, où elle a régné épidémiquement en 1842 et 43. La maladie a attaqué de préférence les personnes faibles, les enfants et les adultes. Dans la plupart des cas, il y a eu des symptômes précurseurs, tels que frissons, malaise général, douleurs sourdes dans les membres avec prostration des forces, etc., etc. Dans la plupart des cas aussi la bouche était remplie de mucosités visqueuses, filantes, épaisses, tenaces. En abaissant la langue, on voyait une injection violacée du voile du palais, de l'extrémité supérieure du pharynx; les amygdales participaient à cette coloration livide; elles étaient considérablement tuméfiées, et couvertes de plaques d'un blanc grisâtre difficile à enlever. Si l'on parvenait à les faire tomber, on apercevait au-dessous d'elles une plaie à bords découpés, un tissu spongieux d'un rouge écarlate et saignant; l'haleine du malade était nauséeuse, putride.

La maladie, parvenue à ce degré, aidée dans son cours par les cautérisations nombreuses avec le nitrate d'argent, des applications sèches, chaudes autour du cou, se terminait par résolution au bout de quatre à cinq jours dans la généralité des cas.

Les observations rapportées par l'auteur sont divisées en quatre catégories. La première comprend quatre observations d'amygdalite purement inflammatoire, aiguë et chronique, traitées heureusement par les cautérisations répétées avec le nitrate d'argent. La seconde contient onze observations d'angine tonsillaire catarrhale; le nitrate d'argent a fait merveille et les onze malades ont été très-rapidement guéris. La troisième renferme sept observations d'angine tonsillaire maligne; tous les malades ont été traités par les cautérisations répétées avec le nitrate d'argent : cinq ont été promptement convalescents, deux ont succombé. La quatrième est consacrée à deux cas d'angine tonsillaire gangréneuse, qui se sont heureusement terminés au moyen des cautérisations avec le nitrate d'argent.

L'auteur a donc obtenu, au moyen de la méthode qu'il préconise, vingt-deux succès sur vingt-quatre. Il n'a jamais eu recours à la cautérisation plus de trois ou quatre fois, même dans les cas les plus graves. La guérison a été obtenue entre les limites extrêmes de 4 et 13 jours. (*Recueil de la Société méd. du dép. d'Indre-et-Loire*, 1844.)

ÉPILEPSIE (*Nouveau mode de traitement de l') en développant une fièvre intermittente artificielle.* L'épilepsie est une affection si redoutable, et les moyens de la combattre sont si incertains, que l'on accepte toujours avec espérance les essais tentés pour obtenir sa guérison. Il n'est que trop vrai que jusqu'ici aucune méthode générale n'a pu encore être trouvée, et que si quelques cas partiels de guérison ont été racontés, les mêmes moyens ont échoué dans d'autres mains. Mais c'est pour cela même qu'il faut tenter des voies nouvelles et ne pas rester dans un découragement stérile. Nous approuvons donc M. le docteur Sélade, de Bruxelles, d'avoir cherché des moyens nouveaux, et nous le félicitons surtout des deux beaux succès qu'il a obtenus contre une affection si rebelle. Ces deux cas, d'ailleurs, il ne les donne, ainsi que les reflexions qui les accompagnent, qu'avec une prudente réserve et plutôt pour engager les praticiens à expérimenter le moyen employé, que comme une expérimentation déjà faite et définitivement jugée. M. le docteur Sélade a été incité dans ses essais par l'opinion de quelques pathologistes et par celle de Dumas entre autres, qui conseillent de régulariser les attaques d'épilepsie à la manière d'une fièvre intermittente. Pour cela il a cherché à provoquer une fièvre d'accès artificielle. On se fera une idée exacte du moyen qu'il a employé par l'exposition des deux faits suivants :

Une femme de trente-huit ans, non mariée, n'ayant jamais eu d'enfants, était, depuis l'âge de douze

ans, sujette à des attaques d'épilepsie. Elles ne s'étaient d'abord montrées que de loin en loin, d'année en année, à peu près aux premières approches de l'été, et par des temps orageux. L'apparition du flux menstruel avait été très-difficile et cette fonction ne s'établit régulièrement que vers l'âge de vingt ans. A vingt-six ans, amour malheureux qui l'affecte beaucoup; suppression des règles, et attaques plus fréquentes, tous les mois. Cependant la santé générale se rétablit avec l'apparition nouvelle des règles, mais les attaques étaient encore très-fréquentes et avaient résisté à un grand nombre de traitements. Depuis trois ou quatre ans elle avait renoncé à réclamer des soins, lorsque M. Sélade fut appelé par la famille à voir la malade au milieu d'une de ses attaques; elles paraissaient de plus en plus fortes, et semblaient de jour en jour se rapprocher davantage : elles avaient lieu tous les huit à dix jours et quelquefois même plus souvent. M. Sélade chercha, dans l'intervalle des attaques épileptiques, à développer une fièvre intermittente artificielle; pour cela il fit placer la malade légèrement vêtue dans une cour. Le froid était assez intense (c'était vers la fin de l'hiver), et la malade grelottait chaque jour pendant une heure et demie. Elle était ensuite transportée dans un lit bien chauffé et recouverte de nombreuses couvertures. Les stades de chaleur et de sueur ne tardaient pas à apparaître. Après avoir agi de la sorte pendant quinze ou vingt jours, la malade continua, par suite de l'habitude qu'elle avait contractée, à éprouver du froid, de la chaleur et de la sueur, en un mot, tous les phénomènes caractéristiques d'un accès de fièvre intermittente, bien qu'elle habitât une chambre convenablement chauffée. Les attaques d'épilepsie ne se renouvelèrent plus; la malade cessa peu à peu de ressentir chaque jour les impressions de froid, de chaleur et de sueur, et depuis plus de quatre ans que cette femme est sortie de traitement, elle n'a plus éprouvé d'accès épileptique et a recouvré toutes les apparences d'une bonne santé.

La seconde observation est encore plus curieuse. Une femme de trente-quatre ans, mère de trois enfants, a éprouvé pour la première fois des attaques d'épilepsie à l'âge de quatorze ans. L'époque de la puberté est arrivée sans orages. Elle a recouru à peu de moyens contre ce mal, convaincue, dit-elle, de notre inhabileté à le guérir et de l'insuffisance de nos moyens. Ayant appris le mode de traitement mis en usage dans le cas précédent, et les bons effets qui l'avaient suivi, elle s'est décidée à se faire traiter de la même manière; mais elle n'eut pas la même persévérance dans l'emploi des moyens que la première malade; et, après onze jours de traitement, elle le cessa et reprit ses occupations ordinaires. Pendant plus de deux ans, cette malade, qui éprouvait auparavant des attaques épileptiques tous les mois et même plus souvent, cessa de ressentir les atteintes de ce mal; mais après deux ans elles reparurent, moins fortes et plus rares, il est vrai. Elle fut soumise de nouveau pendant quatorze jours à l'usage des mêmes moyens; et, depuis dix-huit mois qu'elle est sortie de traitement, elle n'a plus éprouvé d'attaques épileptiques. (*La Belgique médicale*, août 1844.)

ÉRYSIPÈLE AMBULANT (*De la terminaison de l'*) *par des abcès muliples disséminés.* Tous les praticiens connaissent l'extrême gravité de l'érysipèle ambulant. M. Tanquerel Desplanches vient d'appeler l'attention sur un mode de terminaison de cette affection qui n'avait pas encore été décrit. Il ne croit pas, en effet, qu'on ait annoncé que l'apparition d'abcès sous-cutanés multiples disséminés de toutes parts, sans signes préliminaires d'inflammation, pût coïncider avec l'arrêt, puis la cessation de l'érysipèle ambulant. Il rapporte deux cas de cette espèce. L'érysipèle ambulant durait chez l'un des malades depuis vingt jours, et chez l'autre depuis vingt-cinq jours; il faisait toujours des progrès, avait été accompagné d'accidents typhoïdes graves, et semblait devoir se terminer d'une manière fatale, lorsque tout à coup de petites tumeurs ou noyaux d'engorgement donnant la sensation d'un tubercule, indolentes, se montrèrent au cou et à la poitrine, dont la peau n'offrait plus que quelques parcelles de petites squammes pour indiquer l'existence antérieure de l'érysipèle, qui était descendu aux membres inférieurs. On observa également de ces espèces de noyaux tuberculeux dans quelques régions du thorax et du

cou, dont la peau n'avait pas été atteinte par l'érysipèle. Le premier jour de l'apparition de ces tumeurs, on ne parvint pas à constater de fluctuation évidente; la palpation donnait la sensation d'une substance un peu ferme, mais dès le lendemain la fluctuation était manifeste. Du reste, l'auteur a toujours remarqué que ces noyaux d'engorgement se renouvelaient du centre à la circonférence.

Ces tumeurs purulentes, fort nombreuses, ne débutèrent pas toutes en même temps; elles se succédèrent dans leur apparition en laissant quelques jours d'intervalle, mais sans jamais éprouver de déplacement. Chez un malade, quarante-trois abcès se formèrent dans l'espace de trois semaines; chez l'autre, on en compte seulement dix-neuf, qui mirent dix-sept jours à paraître. Ces petites collections purulentes n'offrirent point de siége déterminé; aucune d'elles, toutefois, ne se montra à la face, par où avait débuté l'érysipèle, et elles n'envahirent pas successivement et régulièrement les diverses régions qu'avait parcourues l'exanthème. On en voyait d'un jour à l'autre se manifester dans plusieurs points à la fois, et toujours à une certaine distance de l'érysipèle qui occupait la partie supérieure des cuisses. Ces abcès ont toujours siégé sur le tronc ou dans la continuité des membres supérieurs, et n'ont point envahi les articulations.

Le volume de ces abcès variait depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'un œuf de pigeon; leur circonscription n'avait rien de régulier. La plupart étaient arrondis, quelques-uns allongés. Il y en avait qui se touchaient par un ou plusieurs points de leur circonférence, et qui donnaient ainsi naissance à une tumeur irrégulièrement contournée.

Ces petites tumeurs, qui se développaient si brusquement et qui arrivaient si rapidement à la suppuration, survenaient sans douleur, chaleur ou rougeur de la partie qu'elles affectaient, et souvent on n'a constaté leur présence que lorsque déjà la collection purulente était formée. Tout autour, la peau et le tissu cellulaire avaient conservé leurs caractères naturels. Ces abcès contenaient un liquide ayant tous les caractères du pus le plus louable. Tous les abcès furent ouverts, à l'exception de sept.

Dès le moment où les premiers abcès se montrèrent, l'érysipèle ne s'étendit plus au delà du point où il existait au moment de l'apparition de ces collections de pus, et insensiblement il s'éteignit. Dès lors aussi le mouvement fébrile et les autres troubles fonctionnels cessèrent. Une diarrhée assez abondante, survenue en même temps que les premiers abcès, persista chez l'un des malades pendant toute la durée de la formation des tumeurs purulentes.

Une maigreur extrême, un affaiblissement considérable succédèrent à ce grand nombre d'abcès, dont la formation ne parut nullement arrêtée par les bains, les toniques et les divers autres moyens qu'on employa. La convalescence fut aussi très-longue. (*Journal de Médecine*, septembre 1844.)

FISTULES A L'ANUS (*De la compression dans le traitement des*). Dans ses leçons de clinique chirurgicale, M. Lisfranc insiste souvent et avec raison sur des faits de détail dont, en général, on ne se préoccupe pas assez en pratique; cependant ces faits, sagement appréciés, exercent une influence marquée sur les résultats de la thérapeutique de certaines affections qui se rencontrent fréquemment; de ce nombre est la fistule à l'anus. Dans les diverses régions du corps, dit M. Lisfranc, les parois des abcès se réappliquent habituellement sans donner naissance à un trajet fistuleux; d'où vient donc qu'il en est autrement à la marge de l'anus? La dénudation du rectum affaiblirait-elle beaucoup la vitalité? Cela ne peut pas être, car le rectum ne ressemble pas à la peau; il ne puise pas les vaisseaux dans le tissu cellulaire qui l'entoure; il possède un réseau vasculaire riche et indépendant; d'où vient donc qu'après avoir été dénudé, il ne se cicatrise pas avec les parties voisines? La raison de ce fait se trouve dans la disposition anatomique; l'enceinte osseuse du bassin maintenant à distance les parois des foyers purulents, rend leur cicatrisation d'autant plus difficile, que les alternatives de distension et de resserrement du rectum viennent encore s'opposer aux efforts salutaires de la nature. Cela posé, il semble que l'idée d'aider le rapprochement des surfaces à l'aide d'une mèche introduite dans le rectum, devait venir tout d'abord aux pre-

miers observateurs. C'est ce qui eut lieu en effet, et, dans les temps les plus reculés, on a vanté la compression contre la fistule à l'anus. De nos jours, on n'en parle plus que pour mémoire. C'est à tort selon nous; car, employée avec discernement, elle peut, dans la majorité des cas, prévenir la fistule. Si elle est tombée en désuétude, c'est qu'on a voulu en faire une méthode générale, applicable à tous les cas, sans tenir compte des indications et des contre-indications. On ne saurait trop s'élever contre cette tendance des esprits à ne voir partout que des règles sans exception, quand, dans la nature vivante, les phénomènes offrent une si grande variété. Il faut étudier individuellement et avec attention les cas que la nature nous présente, et fonder sur cette étude les indications. Ainsi, la compression ne sera pas applicable dans tous les cas, ni à toutes les périodes de la maladie; si l'abcès n'est ouvert, par exemple, que depuis peu de temps, vingt-quatre heures, elle pourrait augmenter l'inflammation; s'il y avait des hémorrhoïdes très-irritables, elle ne serait pas tolérée; s'il existait des indurations, il faudrait, avant tout, songer à les résoudre, et combattre la sensibilité exaltée de l'anus. Ces complications doivent être attaquées par des moyens appropriés; les indurations, par les antiphlogistiques d'abord et ensuite par les fondants; l'état hémorrhoïdaire par le régime, les boissons émollientes, les lavements laudanisés, et, au besoin, par une saignée dérivative. Si l'on a tenu compte de ces préceptes, et si la compression est bien faite, très-souvent les malades sont préservés de la fistule. Or, c'est là un résultat des plus avantageux; car personne n'ignore que l'opération de la fistule à l'anus est douloureuse, et qu'elle exige, en général, vingt-cinq ou trente jours de repos pour l'entière guérison. Ajoutons, enfin, qu'elle peut être suivie d'accidents graves et même funestes. (*Gaz. des Hôp.*, août 1844.)

FISTULES CALLEUSES (*Guérison des*) ***au moyen d'injections avec l'eau chaude.*** Les injections avec l'eau bouillante procurèrent, en 1811, la guérison d'un anus contre nature, survenu à la suite d'une hernie étranglée et gangrénée. Ce fait, dont M. Ruppius fut témoin, l'engagea à faire usage du même moyen, dont plusieurs fois il eut occasion de constater l'efficacité. Nous reproduirons, d'après l'auteur, les deux faits suivants, où cette médication fut plus particulièrement heureuse. — *Obs.* I. Une femme âgée de vingt-sept ans était affectée, depuis cinq ans, d'une fistule recto-vaginale, suite d'un abcès; elle avait résisté à tous les moyens. La fistule commençait à deux pouces environ de la vulve; son orifice, légèrement enfoncé, était large comme une lentille, ses bords étaient durs et calleux. Un gorgeret fut introduit dans le rectum afin de préserver celui-ci contre l'action de l'eau bouillante; puis on engagea dans l'orifice inférieur de la fistule vaginale la canule recourbée et bien fentrée d'une seringue remplie d'eau bouillante; on en injecta environ 32 grammes (1 once), qui ressortit par le vagin et le rectum. L'injection fut trouvée chaude, mais non point brûlante. Après l'opération, diète assez sévère pour éviter les garderobes. Il ne survint pas de douleurs. Dès les quatre premiers jours, les gaz sortirent exclusivement par le rectum. Au bout de ce temps, les injections faites dans le vagin ou dans le rectum sortaient exclusivement par l'ouverture de l'organe dans lequel elles avaient été faites. Le rebord calleux de la fistule était moins sensible à la pression. Huit jours plus tard il ne restait pas trace de la fistule. Les garderobes, qui n'avaient pas eu lieu depuis l'opération, furent provoquées par des lavements et se rétablirent regulièrement. — *Obs.* II. Ce second fait a trait à un jeune homme de vingt-quatre ans, pâle, faible, cachectique, depuis longtemps affecté d'une fistule incomplète à l'anus, consécutive à des hémorroïdes abcédées. L'orifice, situé à droite, était caché entre deux plis rayonnés. Le stylet introduit dans la fistule se dirigeait en arrière et pénétrait à plusieurs pouces de profondeur. La fistule versait habituellement une humeur sanieuse et fétide; elle s'accompagnait d'induration calleuse. Une canule de sept pouces fut introduite très-profondément dans le trajet fistuleux, afin d'agir autant que possible sur son extrémité supérieure, et l'on injecta 15 grammes environ d'eau bouillante, sans que le malade éprouvât une douleur bien vive. Quatre jours après l'opération, le malade étant resté au lit, il ne sortit plus par

la fistule qu'une très-petite quantité de pus, et le stylet ne pénétrait plus qu'à trois pouces de profondeur. On réitéra l'injection d'eau chaude. Cette fois il en résulta une vive douleur. Quatre jours après cette seconde injection il y eut une selle naturelle et sans accident fâcheux. Le stylet ne pénétrait plus qu'à un pouce de profondeur. Une troisième injection fut pratiquée; on prescrivit quelques aliments, et on permit au malade de faire de l'exercice dans sa chambre. Au bout de quinze jours la guérison était complète, et l'état général du malade paraissait lui-même s'être amélioré. (*Hufeland's journal*, 1843, n. 5, et *Arch. génér. de méd.*, 1844, p. 376.)

GLOSSITE (*Observation de*) *intense promptement terminée par résolution*. Cette observation, communiquée par M. le docteur Zazowski (de Jonzac), offre de l'intérêt. Une fille de vingt ans, en traversant une prairie, accuse une douleur à la parotide gauche, que la nuit dissipe entièrement. Le lendemain, le mal se réveille avec violence; la douleur de la parotide se répand dans toute la cavité buccale, les tonsilles deviennent rouges, tuméfiées. Le médecin, appelé le jour suivant, constate d'abord la grosseur démesurée de la langue, qui distendait la cavité buccale et sortait un peu en dehors; la malade ne pouvait pas parler et ne répondait que par signes; la face était rouge, animée, tuméfiée, la frayeur et la souffrance étaient empreintes sur sa figure, le pouls était fort vif, la respiration gênée, la soif grande, la déglutition impossible, la langue très-douloureuse au toucher et couverte de viscosités salivaires, ce qui augmentait encore la soif. L'auteur, on ne voit pas trop pourquoi, ne supposa pas qu'il eût affaire à une glossite spontanée, et il admit qu'elle était le résultat, ou de la piqûre d'un insecte, ou l'effet des qualités toxiques d'une substance ingérée. Partant de ce point de vue, ses efforts se portèrent sur l'anéantissement d'une cause supposée; il repoussa le traitement antiphlogistique, et formula ainsi son ordonnance: cataplasmes de farine de graine de lin, à peine tièdes; les arroser largement avec de l'eau-de-vie camphrée, en entourer le cou; des poudres composées de camphre et de nitrate de potasse, d'un gramme chacune, divisées en six paquets, devaient être employées à saupoudrer la langue le plus loin qu'il serait possible et le plus souvent. Sous l'influence de cette médication, un peu étrange, les accidents se calmèrent néanmoins, et, deux jours après, la malade était entièrement rétablie. (*Journ. des Conn. médicales*, août 1844.)

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE (*Cas remarquable de*). La hernie diaphragmatique, dont on ne compte dans la science qu'un très-petit nombre d'exemples, peut se produire de trois manières différentes. Chacune d'elles a été fort bien exposée par *Astley Cooper*. Elle a lieu 1° par les ouvertures naturelles du diaphragme, qui livrent passage aux gros vaisseaux, aux nerfs et à l'œsophage; *Morgagni* a rapporté des exemples de cette espèce de hernie. Il a décrit un cas dans lequel une partie du côlon et de l'épiploon s'était fait jour à travers l'ouverture destinée au nerf grand sympathique. (*Epist.* 54, *article* 13.) 2° Une seconde espèce de hernie peut être le résultat d'un défaut de conformation du muscle diaphragme; cette variété s'observe surtout chez les enfants nouveau-nés qui ont succombé presque immédiatement après leur naissance: Astley Cooper en cite une observation prise sur un adulte. (*Obs.* 340, *pag.* 379, *trad. franç.*) 3° La troisième espèce de hernie diaphragmatique est celle qui se produit à travers une déchirure du muscle. Celles-là ne présentent jamais de sac péritonéal; la raison de cette disposition est facile à saisir. C'est d'une semblable hernie qu'il s'agit dans l'observation suivante. — *Obs.* Le docteur Olivet rapporte que Joseph Pesset, âgé de quarante-sept ans, fut apporté à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, après avoir été renversé et couvert en partie par un éboulement de terre. A son entrée à l'hôpital, stupeur profonde; le lendemain, douleur dans la région thoracique droite, et gêne dans la respiration. Le malade est moins abattu: quelques jours plus tard seulement, on diagnostiqua une fracture de la sixième côte: sonorité normale, quelques râles muqueux; crachats de la bronchite; quelques jours plus tard, souffle comme amphorique dans le lobe inférieur du poumon droit, limité en arrière et au-dessous de la

racine de ce viscère. Le lendemain, au lieu de ce souffle, c'est un gargouillement semblable à celui que l'on produit en insofflant de l'air avec un chalumeau dans de l'eau de savon; tintement métallique très-apparent, et se prolongeant longtemps encore après qu'on avait fait asseoir le malade. Matité à la base du poumon, sonorité plus haut; respiration courte, fréquente, incomplète. Cet état dura quelques jours, la matité atteignant peu à peu tout l'espace occupé par le lobe inférieur du poumon, et la sonorité remontant toujours davantage. Enfin, dix jours après l'invasion des symptômes, la gène dans la respiration augmenta considérablement et d'une manière brusque. Le côté droit du thorax reste presque immobile dans l'inspiration. Gros râle humide à la hauteur des trois premières côtes; même résultat fourni par la percussion. Le malade mourut dans la même journée. Quant aux désordres fonctionnels du tube digestif pendant la vie, ils étaient nuls lorsque le malade entra à l'hôpital : plus tard, il survint un peu de diarrhée suivie d'une constipation opiniâtre que l'on combattit par des lavements. Le dévoiement revint. Plus tard, des nausées et des vomissements se manifestèrent. Les derniers jours, les fonctions intestinales avaient repris un caractère plus régulier, seulement les selles étaient assez rares, quoique de consistance normale. *Autopsie.* Il n'existe pas d'épanchement dans la cavité des plèvres; celle de droite paraît, au premier abord, entièrement occupée par la moitié au moins du gros intestin : cette masse, qui atteint la clavicule, a refoulé le poumon contre la colonne vertébrale; celui-ci est réduit au volume du poing. L'ouverture du diaphragme, qui a donné passage aux viscères abdominaux, est une déchirure de 20 centimètres de longueur, dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière. Cette ouverture s'est de plus en plus éloignée de la forme linéaire pour s'arrondir et devenir circulaire à mesure qu'une nouvelle portion d'intestin s'y est introduite; de telle sorte que ses bords dilacérés représentent un vaste anneau, par lequel tout le lobe droit du foie et par-dessus lui plusieurs anses du côlon se sont introduites dans la poitrine, dont elles remplissent maintenant presque toute la cavité droite. Tous les organes herniés sont à nu, aucun d'eux n'a contracté d'adhérence, ni avec la plèvre, ni avec le diaphragme, et l'ouverture accidentelle de ce dernier est assez étendue pour éloigner toute chance d'étranglement. La cavité abdominale est distendue par les intestins, qui, eux-mêmes, sont remplis de gaz. Il existe un commencement de cal entre les deux fragments de la côte cassée. Ces lésions anatomiques permettent d'expliquer les symptômes qui ont eu lieu chez ce malade : la perforation du diaphragme ayant d'abord livré passage à une petite partie de l'intestin, a produit la sonorité exagérée; le gargouillement qui se faisait entendre dans les anses intestinales a été pris pour l'éclat de bulles d'air se faisant jour à travers un liquide épanché dans la plèvre. A mesure que la fissure du diaphragme s'est agrandie, une masse plus considérable d'intestin a passé dans la poitrine, ce qui a augmenté la sonorité et le gargouillement, en même temps que le foie, qui faisait une hernie plus volumineuse, augmentait inférieurement la matité que l'on attribuait à la présence d'un liquide. Enfin, le dernier jour, on n'entendait plus aucun râle à droite, en avant : cela tient à ce que l'ouverture du diaphragme s'étant tout à coup agrandie, l'intestin avait comprimé le poumon, qui en outre se trouvait séparé de la paroi antérieure du thorax par plusieurs anses de côlon. C'est à cet agrandissement soudain de la rupture du diaphragme qu'il faut attribuer le collapsus rapide du sujet et sa mort. On voit d'après cela combien il est difficile d'éviter l'erreur de diagnostic qui a été commise dans ce cas, où tant de circonstances concouraient à simuler un pneumo-hydrothorax : fracture de côté, possibilité de déchirure du poumon, bruits métallique et amphorique, matité en bas, sonorité exagérée supérieurement; tous ces signes étaient aussi nettement dessinés qu'on les entendit jamais dans le pneumo-hydrothorax le mieux constaté. Les troubles fonctionnels de l'intestin pouvaient seuls jeter quelque doute dans l'esprit de l'observateur, encore furent-ils trop légers et trop peu persistants pour mettre sur la voie d'une lésion aussi grave. (*Journ. de Méd. de Lyon*, juillet 1844, et *Expérience*, août 1844.)

HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE (*Difficulté du diagnostic dans un cas d'*). Simple le plus souvent et d'une extrême facilité, le diagnostic de l'hydrocèle peut être fort embarrassant, pour ne pas dire impossible à établir, dans les cas semblables à celui que nous allons rapporter. Au numéro 10 de la salle Saint-Antoine, à l'hôpital de la Pitié, est couché un malade qui est atteint d'une hydrocèle de la tunique vaginale. La tumeur, d'un volume ordinaire, est parfaitement transparente, la fluctuation y est très-marquée. Convaincu qu'il s'agissait d'un épanchement de sérosité simple dans la tunique vaginale, M. Lisfranc se mit en demeure de faire l'opération par la méthode ordinaire, c'est-à-dire la ponction suivie de l'injection. Une ponction fut donc pratiquée dans la tumeur sans qu'il en sortît la moindre sérosité, malgré une pression assez forte exercée sur le scrotum : à la suite d'une seconde ponction, il s'écoula trois cuillerées environ de sérosité. Chaque fois la canule exécutait dans l'épaisseur de la tumeur des mouvements très-étendus, comme si elle se fût trouvée au milieu d'un liquide. M. Lisfranc chercha à injecter le vin chaud, mais il n'en entra qu'une très-petite quantité, qu'il fut impossible de faire ressortir. Il opéra alors par incision. On constata ainsi l'existence d'une hydrocèle formée par des kystes nombreux adossés l'un à l'autre, et remplie d'une matière semi-fluide analogue à de la pulpe de raisin blanc. Il ressort de ce fait : 1° qu'il y a possibilité d'une erreur lors même qu'elle ne paraît pas supposable ; 2° que dans le cas le plus simple en apparence d'hydrocèle vaginale, le chirurgien doit avoir sous la main tous les moyens de modifier et même de changer la forme opératoire pour laquelle il s'est décidé *à priori*. (*Gaz. des Hôp.*, août 1844.)

KÉRATITE (*Du traitement de la*). La gravité des accidents déterminés par l'inflammation de la cornée transparente a de tout temps fixé l'attention des chirurgiens, qui ont proposé pour la combattre avec succès des remèdes nombreux et variés; nous ne les rappellerons pas tous ici; nous avons seulement l'intention d'exposer avec quelque détail la méthode thérapeutique à laquelle M. Velpeau donne la préférence. Cette méthode comprend le traitement général et le traitement local. Parmi les médicaments internes dont l'action est des plus marquées pour enrayer la marche de la kératite, le professeur de l'hôpital de la Charité place en première ligne le calomel : il l'administre à doses fortes, mais fractionnées, de façon à provoquer rapidement la salivation. On comprend que la dose du médicament à faire prendre aux malades ne saurait être fixée d'une manière absolue; outre les conditions communes qui doivent influer sur le mode d'administration des médicaments, telles que les conditions d'âge, de sexe et de force, il en est une particulière, que l'on pourrait appeler une prédisposition à la salivation; c'est ainsi qu'il est des sujets qui ne salivent qu'après avoir pris des doses énormes de calomel, et d'autres chez lesquels la salivation a lieu dès le lendemain de la première administration du médicament. Il existe actuellement dans les salles de la Charité deux exemples qui prouvent toute l'efficacité du remède administré d'après les préceptes que nous venons d'indiquer. Au n° 24, est couchée une jeune fille affectée d'une kératite intense, chez laquelle déjà une médication active et variée avait échoué : le calomel lui a été administré ; tant que la bouche n'a pas été prise, aucun changement ne s'est manifesté dans l'état de la malade; mais dès l'apparition des premiers signes de la salivation, l'œil a commencé à blanchir, et l'affection a marché rapidement vers la guérison. — Une autre malade, dans la même salle, affectée aussi de kératite, et traitée par les moyens ordinaires, sans succès, a été soumise, avec un plein succès, à la même médication. Le calomel est donc un agent on ne peut plus efficace dans le traitement des phlegmasies de la cornée transparente; malheureusement, la salivation qu'il détermine inspire de vives répugnances à certaines personnes. On lui a reproché d'occasionner des stomatites mercurielles très-intenses, que peuvent suivre et la gangrène de la bouche, et la nécrose des os maxillaires. Depuis dix ans que M. Velpeau l'administre d'après les règles que nous avons indiquées, il n'a jamais vu survenir aucun des accidents graves qui viennent d'être signalés. D'ailleurs, si l'on tient compte de la gravité de la kératite ulcéreuse

qui peut perforer la cornée, et déterminer la perte de l'œil; et si, d'autre part, on veut bien remarquer qu'elle ne se laisse modifier que par un très-petit nombre de moyens, on n'hésitera pas à suivre l'exemple donné par M. Velpeau, et à recourir à une médication dont il a tant à se louer. Du reste, il est possible de prévenir les effets de la salivation : à l'aide d'un gargarisme composé de 5 à 6 grammes d'alun pour 125 grammes d'eau miellée, il est rare qu'on ne parvienne pas à la réprimer. Et s'il arrivait que la stomatite mercurielle présentât une très-grande intensité, et qu'elle fît de rapides et menaçants progrès, on porterait alors l'alun en nature sur tous les points de la muqueuse buccale où existent ces liseres grisâtres, caractéristiques de l'inflammation. Quant au traitement local, M. Velpeau rejette les collyres astringents, tels que ceux avec les sulfates de zinc, de cuivre, de nitrate d'argent, de pierre divine, etc., en un mot, tous les topiques à action directe ayant lieu sur le point même où on les place; il conseille ceux dont l'action se fait sentir dans une région plus ou moins éloignée de celle où ils ont été appliqués; ainsi il emploie beaucoup les collyres laudanisés, opiacés; les pommades belladonées, opiacées, mercurielles. Tous ces médicaments peuvent être appliqués, comme on le comprend bien, dans un point plus ou moins rapproché du siége de la maladie, puisqu'ils agissent par absorption. M. Velpeau a souvent aussi recours aux sangsues, qu'il applique de préférence à la surface externe des paupières; l'avantage qu'il y a à les poser le plus près possible du siége du mal compense bien le faible inconvénient qui en résulte, je veux parler de l'infiltration œdemateuse des paupières, dont se sont trop effrayés certains médecins : cette infiltration ne tarde pas à disparaître sans laisser aucune trace fâcheuse. (*Gaz. des Hôp.*, 15 août 1844.)

MATRICE *entière rendue par une femme de trente-six ans* (*Observation d'une*). M. le docteur Estevenet a communiqué à l'Académie de médecine le fait suivant, qui paraît inouï dans les fastes de l'art. Une femme de Toulouse, appartenant à la classe ouvrière, âgée de trente-six ans, d'une constitution assez grêle, fut mariée à dix-sept ans, et n'eut d'autre enfant qu'une fille qui vint au monde au commencement de son mariage. La santé de cette femme était dérangée depuis plus de deux ans, et la maladie paraissait être une affection organique de l'utérus, dont les principaux symptômes étaient des douleurs, un dépérissement général, des flueurs blanches et de fréquentes métrorrhagies.

Depuis six mois elle était soignée par M. le docteur Martin, qui a fourni les renseignements qui précèdent. Depuis cette époque, cette malade n'avait cessé de dépérir; son teint était devenu jaunâtre, ses douleurs plus vives et plus fréquentes, l'écoulement blanc de la vulve plus abondant; cependant depuis deux mois elle ne rendait plus de sang. Dans les premiers temps, le médecin toucha la matrice, ne constata pas de déplacement, ne sentit point de dégénérescence cancéreuse; mais, à cause des phénomènes qui se succédèrent, il crut avoir affaire à une affection de cette nature, et ne jugea pas à propos de renouveler son exploration.

Le 12 juin 1844, il fut appelé près de cette femme, et on lui montra une masse charnue qu'on lui dit avoir été rendue par la vulve au moment où la malade était sur le pot. M. Martin, étonné de l'aspect du corps qui lui fut remis, pria M. Estevenet de l'examiner avec lui.

Quelle fut sa surprise de reconnaître dans cette masse le corps de la matrice tout entier, avec sa texture normale, sa cavité intérieure et les deux orifices du côté des trompes; le museau de tanche était un peu déformé, et les annexes semblaient avoir été détachées au niveau de leur union avec le corps. Les bords latéraux, le bord supérieur et la face antérieure étaient irréguliers et dépouillés du péritoine; cette membrane était conservée sur la face postérieure.

Après l'examen de la pièce, M. Estevenet affirma que c'était une matrice. Son opinion fut loin d'être partagée par les membres de la Société de médecine de Toulouse, auxquels cet organe fut présenté par M. Martin. Le fait parut si extraordinaire, que le secrétaire crut devoir l'ajourner à une autre séance, ne sachant sous quel titre il pouvait mentionner au procès-verbal une pareille communication.

Cependant, tous les doutes ne devaient pas tarder à s'éclaircir. La femme, qui alla bien pendant six jours, fut tout à coup prise des symptômes d'une péritonite générale, qui la fit succomber onze jours après l'expulsion de ce singulier corps. Immédiatement après la sortie de celui-ci, il se manifesta un phénomène bizarre dont on n'eut pas tout de suite l'explication : de temps en temps cette femme urinait régulièrement par l'urètre, et chaque fois qu'elle se mettait dans la position verticale, il sortait par la vulve une certaine quantité de liquide qui s'échappait tout d'un coup comme d'un vase qu'on aurait renversé. Le liquide rendu était de l'urine mêlée de pus qui lui donnait une teinte louche.

M. Estevenet toucha la femme et sentit, à deux pouces environ de l'orifice vulvaire, une sorte de bourrelet presque circulaire, dur, épais et saillant; au-dessus de celui-ci était une grande cavité à parois inégales et bosselées. Cette cavité était manifestement celle qui avait dû contenir le corps qui était sorti; mais, pour les personnes qui avaient des doutes sur sa nature, elle pouvait bien être prise pour la cavité utérine, et le bourrelet inférieur pour le col de la matrice. Telle fut l'opinion des personnes qui examinèrent cette femme, et qui considérèrent comme un polype la masse qui avait été rendue.

L'autopsie fut faite le 24 juin par M. Estevenet, en présence d'un grand nombre de médecins de Toulouse. Il divisa d'abord le vagin dans toute sa longueur, par le côté gauche. Ce conduit était enflammé et couvert de fausses membranes blanchâtres jusque sur les grandes lèvres. A environ deux pouces et demi de profondeur existait un bourrelet presque circulaire, d'un centimètre environ de saillie et de largeur, établissant la limite entre la cavité normale du vagin et une autre cavité beaucoup plus large dont nous élaguons la description, mais qui n'a laissé aucun doute sur l'absence complète de l'utérus. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, août 1844.)

OTORRHÉE (*Des causes et du traitement de l'*). Beaucoup de personnes, parmi lesquelles on compte jusqu'à des médecins, regardent les écoulements de l'oreille comme une maladie qu'il faut laisser librement suivre son cours, et dont il serait dangereux de tenter la guérison par des moyens actifs : c'est là un préjugé funeste contre lequel l'auteur, M. Wilde, s'élève avec autant de force que de raison. On se persuade trop que ces écoulements sont sans importance ; la fétidité qu'ils entretiennent, les érysipèles dont ils sont le point de départ, la carie des osselets et de l'apophyse mastoïde, la surdité complète et incurable qu'ils laissent à leur suite, montrent assez le danger de cette croyance : on est, en général, disposé à admettre que l'otorrhée tient à une cause générale, souvent spécifique, et dont on essayerait en vain la cure à l'aide d'une médication locale. Cette manière de voir trop exclusive a des inconvénients qu'il importait de signaler. On peut, sans craindre de forcer l'analogie, comparer ces écoulements de l'oreille à ceux qu'on observe à la surface de la conjonctive, siége d'une inflammation chronique : or, dans cette dernière maladie, personne, que nous sachions, ne serait tenté de contester l'efficacité des topiques, collyres et autres agents curatifs, directement appliqués sur l'organe affecté. Il devra en être de même pour la lésion du conduit auditif. Nous ferons, en outre, remarquer que quelques cas malheureux où l'évolution des symptômes a été la plupart du temps faussement interprétée, ont fait croire que, guérir une otorrhée, c'est exposer nécessairement tôt ou tard le sujet à des accidents cérébraux. Cette opinion est tellement accréditée, que les hommes de l'art, lors même qu'ils ne la partagent point, peuvent être obligés d'en subir l'influence. Le fait suivant en est la preuve. — *Obs.* I. Le mois dernier, dit M. Wilde, une dame me présenta son enfant, âgé de sept ans, me demandant ce qu'il fallait faire pour le guérir d'une surdité dont il était affecté depuis cinq ans : au fond du conduit auditif, rempli de croûtes et de liquide purulent, je découvris une excroissance polypeuse. J'informai la mère de la nécessité de l'extirper ; elle me répondit qu'elle n'y consentirait pas, si je ne m'engageais à rendre l'ouïe à son enfant, sans faire cesser l'otorrhée. Plusieurs autres de ses enfants avaient succombé à des affections cérébrales ; et le médecin de la famille avait annoncé que, si on cherchait à supprimer l'écoulement,

il mourrait très-rapidement de la même manière. Parmi les suites assez communes et fort graves de l'otorrhée, il faut placer en première ligne la carie des os sous-jacents. On dit que cette carie, lorsqu'on la constate sur un cadavre, était primitive. Cela peut être dans certains cas; mais l'auteur prétend qu'elle n'est, le plus ordinairement, que secondaire : le cas suivant vient à l'appui du mode de filiation indiqué par M. Wilde. — *Obs.* II. Un enfant de dix ans, scrofuleux, fut admis à l'hôpital pour la diarrhée. Son état déjà était fort amelioré par le traitement, lorsqu'on s'aperçut qu'il avait, du côté droit de la face, une paralysie de tous les muscles soumis à l'action du nerf facial. Il avait aussi un écoulement par l'oreille du même côté, écoulement qui existait depuis sept ans : on jugea que cette paralysie tenait à une carie du rocher. Quelques douleurs à la partie droite de la face se portèrent en peu de temps sur le derrière de la tête. Plus tard, il survint des convulsions tétaniques et une sensibilité extrême de toute la surface du corps. Les forces locomotrices et l'intelligence restèrent intactes jusqu'à la fin. A l'autopsie, on ne trouva pas d'altération matérielle du nerf facial, mais le rocher est carié; le pus qui en découle a soulevé la dure-mère, l'a même perforée en un point, et baigne la base du cerveau, ainsi que les nerfs qui en émanent. La membrane du tympan et les parties de l'oreille interne sont détruites : le canal vertébral est aussi rempli de pus. Le cerveau et la moelle ne présentent aucune lésion appréciable. Suivant M. Wilde, dans la plupart des cas, la maladie, à son début, consiste dans une simple inflammation de la muqueuse qui tapisse le conduit auriculaire et la membrane du tympan : alors, ce conduit est sec, un peu rouge et douloureux au toucher : la sécrétion du cérumen est abolie ou diminuée; la membrane du tympan a perdu son aspect poli, et, assez souvent, l'œil peut découvrir à sa surface deux ou trois petits vaisseaux rouges, qui suivent la direction du manche du marteau. La maladie doit être traitée comme une inflammation; M. Wilde insiste principalement sur la cautérisation avec le nitrate d'argent. Il touche les surfaces avec un petit pinceau de poils de chameau trempé dans une solution de dix grains de nitrate, par once d'eau distillée. Il proscrit l'usage où l'on est de boucher les oreilles avec du coton, dans l'intervalle des pansements : cette occlusion détermine la rétention dans le canal des matières purulentes que sécrète sa surface. Tous les trois jours, il convient de répéter l'attouchement avec le nitrate d'argent. Dans l'intervalle, des injections seront faites, soir et matin, au moyen d'une bouteille de caoutchouc, ce qu'il préfère à la seringue. Du reste, les sels de zinc, de plomb, de cuivre, sont aussi applicables au traitement de l'otorrhée qu'à celui de l'ophthalmie. M. Wilde a remarqué un phénomène très-curieux, qui plusieurs fois s'est produit : au moment où l'on touche les parois du canal avec la pierre infernale, le malade éprouve la même sensation sapide que si on lui appliquait ce sel sur quelque partie de la bouche. Quand l'otorrhée a duré longtemps, il arrive souvent que, lorsqu'elle cesse spontanément ou sous l'effet d'un traitement approprié, la membrane qui recouvre le canal auditif devient très-épaisse, et que son épiderme se détache alors par pièces, qui remplissent et obstruent parfois complétement le passage. Le traitement de cet accident ne présente aucune difficulté. Après avoir injecté de l'eau, on enlèverait, avec une petite spatule, les débris épidermiques; puis, la muqueuse étant ainsi mise à nu, on pourrait, si son état paraissait le nécessiter, agir sur elle de la manière qui vient d'être indiquée. (*The Dublin Journal of medical science.— Gaz. méd. de Paris*, 3 août 1844.)

SUC D'ORTIE (*Observations relatives à l'emploi du*) *comme hémostatique*. Le suc exprimé de l'ortie est indiqué depuis plusieurs siècles comme antihémorrhagique, mais son emploi était tout à fait oublié sous ce rapport, lorsque M. Ginestet envoya à l'Académie de médecine des observations relatives à son emploi, sur lesquelles M. Mérat a fait un rapport. M. Ginestet a fait usage de ce suc à la dose de 2 à 4 onces, et plus, dans cinq cas d'hémorrhagies utérines, et chez les cinq malades il a réussi à arrêter presque instantanément l'écoulement sanguin. Nous allons rapporter trois de ces cas, pris parmi les plus remarquables. Une domestique, âgée de dix-sept ans, d'une moralité et d'une

santé parfaites, réglée depuis deux ans, fut atteinte d'une perte utérine, au mois d'août 1843, tellement abondante, qu'on fut obligé de réclamer les soins de l'auteur. Les règles, qui coulaient depuis deux jours, avaient dégénéré subitement en un écoulement sanguin considérable. Il la trouva pâle, faible, ayant des lipothymies aussitôt qu'on lui soulevait la tête ; le pouls, petit et fréquent, disparaissait sous la plus légère pression. La quantité de sang qui s'était écoulée et l'état de la malade indiquaient un danger extrême. M. Ginestet prépara de suite et fit prendre à cette jeune fille 4 onces de suc d'ortie, et, un quart d'heure après l'administration du remède, l'écoulement du sang, jusque-là si alarmant, avait presque entièrement cessé, sans avoir recours à aucune autre médication. A compter de ce moment, tout danger disparut; mais la convalescence fut longue, malgré un bon régime. Les règles ne reprirent leur cours que trois mois après.— Une femme de trente-deux ans, mariée, accoucha, le 8 mars 1844, par les soins de M. Ginestet, d'un enfant mâle, à terme, vivant, bien développé et bien conformé. Tout allait pour le mieux, lorsque, deux heures après l'accouchement, qui avait été long et douloureux, une hémorrhagie très-grave se déclara. L'accouchée éprouva bientôt des vertiges, des défaillances, un sentiment de froid aux pieds et aux mains ; la face devint d'une pâleur extrême, par suite de l'énorme quantité de sang qui s'était écoulée. Le médecin administra de suite le suc d'ortie, et il fut, dit-il, étonné de l'efficacité rapide du remède, puisque quinze minutes s'étaient à peine écoulées, que la perte s'était tellement ralentie, qu'il dispensa la malade de prendre une seconde dose du médicament qu'il avait toute prête. Depuis lors, il n'est pas survenu d'accident, et la mère, parfaitement rétablie, a repris sa profession. Une femme de quarante et un ans, mariée, mère de plusieurs enfants, non réglée depuis deux mois, éprouva, le 17 mars 1844, une hémorrhagie utérine des plus graves. La malade, pâle et défaite, était couchée, et éprouvait des lipothymies aussitôt qu'on lui soulevait la tête. Outre le sang répandu dans le lit, un pot de nuit en était rempli aux trois quarts. Malgré la faiblesse du pouls et le froid des extrémités, le sang continuait à couler d'une manière alarmante. M. Ginestet se décida à administrer de suite le suc d'ortie, à la dose de 4 onces. Quelle fut la surprise de cet officier de santé et des assistants, lorsque, quelques minutes après son ingestion, la malade, interrogée sur ce qu'elle éprouvait, répondit que l'écoulement s'était tellement ralenti, qu'elle le sentait à peine couler! Par pure précaution, dit-il, il lui en administra encore 2 onces. Une santé parfaite ne se fit pas attendre longtemps, malgré un léger œdème des pieds qui suivit pendant la convalescence.

En lisant ces observations, dit M. Mérat, on ne peut qu'être émerveillé du succès du suc d'ortie contre des affections aussi graves. Nous avons, à dessein, rapporté celles de trois espèces d'hémorrhagies, parmi lesquelles celle qui succède à l'accouchement est fort souvent mortelle. Combien de reconnaissance ne devrait-on pas à celui qui a remis en pratique un tel moyen? Nous n'avons nulle raison de douter de la véracité de ses paroles, et si nous n'avons pas répété l'emploi du suc d'ortie, c'est faute d'occasion ; mais rien n'est plus facile, puisque la plante abonde partout, et que les hémorrhagies utérines ne sont pas rares dans une certaine classe de femmes.

M. Ginestet veut donc que, dans les cas qu'il indique, on prenne l'*urtica urens*, *L.*, petite ortie, ou ortie volgaire, qui croît partout dans les lieux incultes, qu'on la pile avec addition d'un peu d'eau, pour faciliter la sortie du suc, qu'on passe à travers un linge, et qu'on en fasse prendre 2 onces, 4 onces au plus de suite, ce qu'on peut réitérer, mais ce qui est presque toujours inutile d'après lui, qui n'emploie jamais d'autres remèdes avec celui-ci. Comment agit ce suc, si on lui doit réellement la vertu dont nous parlons? Serait-ce en causant une sorte de coagulation, d'épaississement du sang? ou bien, n'agirait-il que sur le tissu des vaisseaux sanguins? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer. Tenons-nous-en au résultat, qui serait assurément fort beau, en souhaitant une analyse chimique de cette humeur, des poils de l'ortie, s'il est possible, afin de nous éclairer sur sa nature. (*Bulletin de l'Académ. roy. de méd.*, août 1844.)

TROMBUS VULVAIRE (*Thérapeutique du*). Le trombus vulvaire n'est pas une maladie très-rare. Cependant les praticiens ne sont pas parfaitement d'accord sur son traitement. Les uns veulent que l'on tente la résolution de l'épanchement, ce qui ne s'obtient ordinairement que quand il n'y a qu'une petite quantité de sang épanchée, et surtout lorsqu'il n'y a qu'infiltration sanguine. Les autres préconisent l'ouverture de la tumeur, ouverture qui doit être faite largement si l'on veut éviter les trajets fistuleux. Ici encore, dissidence d'opinions; quelques praticiens recommandent de n'ouvrir la tumeur que vingt-quatre ou quarante-huit heures après sa formation, dans la crainte de voir survenir une hémorrhagie dont on ne puisse se rendre maître; d'autres conseillent d'ouvrir la tumeur le plus tôt possible, vu que presque toujours il est facile de maîtriser l'hémorrhagie, et que plus le sang sera évacué promptement, plus l'on a de chances d'une guérison rapide.

C'est à cette dernière opinion que se range M. Godefroy, de Rennes. En effet, dit-il, si le sang est évacué presque aussitôt son épanchement, vous aurez infiniment moins de désordre dans les parties, et, par suite, moins d'inflammation; de plus, les tissus ayant été moins distendus, reviendront plus vite sur eux-mêmes. En suivant cette méthode, dit-il, on épargne à ses malades beaucoup de souffrances et on leur fait gagner du temps. C'est celle qu'il a suivie dans les cas dont les observations accompagnent ce travail et dont on peut tirer les conséquences qui suivent : résolution facile et prompte lorsque le trombus est léger et le sang seulement infiltré; difficulté et impossibilité de résolution lorsqu'il y a sang épanché en certaine quantité; guérison rapide lorsque le sang est évacué promptement; enfin, longueur du traitement lorsque l'on attend la suppuration. (*Jour. des conn. méd.-chirurg.*, sept. 1844.)

TUMEUR INTRA-ORBITAIRE (*Ablation de l'œil et d'une*) *avec exophthalmie considérable.* Le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu, nous a présenté un jeune malade, dont l'observation ne doit pas être perdue pour la pratique. Agé de treize ans, d'une assez bonne constitution, ce jeune garçon présentait depuis quatre ans une exophthalmie actuellement très-considérable. La cause de cette exophthalmie parut être à M. Roux une tumeur ayant son siége dans l'orbite en arrière du globe de l'œil. Cet organe, en apparence intact, à en juger par la simple inspection de ses éléments constitutifs, avait néanmoins perdu la faculté visuelle, ce qui ne laissait aucun doute sur l'altération du nerf optique, soit essentielle, soit symptomatique, et, dans ce dernier cas, par compression exercée sur lui par la tumeur. Quant à la nature intime de cette dernière, il était presque impossible de la diagnostiquer. On sait que ces tumeurs intra-orbitaires peuvent être de simples kystes, c'est le cas le plus favorable, ou bien de véritables cancers, principalement de ceux qui ont reçu le nom de mélanoses. La fréquence de cette dernière affection dans la région oculaire chez les enfants et les adultes, pouvait faire craindre au chirurgien qu'elle n'existât dans la circonstance présente. Des polypes venant des fosses nasales ou du sinus maxillaire, une exostose des parois de l'orbite, enfin une dégénérescence de la glande lacrymale ont également été causes de l'exophthalmie. Après avoir discuté chacun de ces éléments étiologiques, le professeur s'arrêta, comme nous l'avons dit, à l'idée qu'il existait au fond de l'orbite une tumeur de nature indéterminée, et il se mit en demeure de l'enlever. L'opération fut très-simple, le chirurgien ayant pris le parti d'emporter la tumeur et avec elle le globe oculaire. Il eût été possible à la rigueur de conserver cet organe, et de disséquer isolément la tumeur qui lui était annexée; on eût pu ensuite faire servir la coque oculaire à l'établissement d'un œil de verre. Cette considération ne parut pas à M. Roux suffisante pour le décider à tenter une opération que sa lenteur, en même temps que les douleurs excessives qu'elle n'eût pas manqué de produire, auraient rendue beaucoup plus grave que celle exigée pour l'ablation simultanée de la tumeur et du globe oculaire. Ce n'est que dans le cas où il y a encore espoir de voir la vision se rétablir dans l'œil affecté que ce chirurgien en tente la conservation; pour un homme que sa position sociale appelle à vivre dans le monde, il y aurait encore avantage à agir ainsi, car pour lui un œil ar-

tificiel serait un bienfait incontestable. La tumeur, une fois enlevée dans toute son étendue, on pansa simplement, quelques boulettes de charpie furent introduites dans le fond de l'orbite; quelques compresses et un bandage circulaire complétèrent l'appareil, qui fut suffisant pour prévenir toute hémorrhagie. Le petit malade fut assez bien le lendemain de l'opération; il avait peu souffert dans la nuit. Quelques jours après, un gonflement notable des paupières survint, l'état général était cependant assez bon : il y avait à peine de la réaction, et on se flattait d'obtenir un résultat favorable; mais tout à coup il survint du délire, la fièvre s'alluma, la suppuration prit un mauvais caractère, et le malade succomba avec tous les symptômes d'une méningo-encéphalite. L'autopsie montra la dure-mère épaissie et l'arachnoïde enflammée dans plusieurs points de leur surface, la pie-mère était profondément injectée, la surface du cerveau d'une injection générale très-vive, offrait çà et là des points ramollis. Le nerf optique, qui avait été coupé, conservait tous les caractères normaux; seulement une suppuration abondante l'entourait, et s'étendait bien loin à la base du cerveau. La pièce pathologique présente derrière le globe oculaire, une tumeur sphéroïdale, rougeâtre, lisse dans toute sa surface, et embrassant le nerf optique qui est perdu dans son épaisseur : le tissu de cette tumeur est mollasse, uniforme, et comme gélatineux; M. Roux la regarde comme étant constituée par une substance non cancéreuse, et qui ne saurait se rattacher à aucun des produits anatomo-pathologiques décrits. Toutefois, l'impossibilité où l'on fut de retrouver aucune trace du nerf optique, ni au centre, ni à la périphérie de la tumeur, nous semble devoir faire admettre que celle-ci était constituée par une altération essentielle de ce nerf, dont les divers éléments avaient subi une transformation particulière, une sorte de dégénérescence gélatiniforme.

En terminant, nous ferons remarquer combien sont insidieuses les phlegmasies cérébrales qui surviennent à la suite des opérations pratiquées dans le voisinage de la cavité crânienne; le praticien, dans des circonstances analogues, doit apporter une grande réserve dans l'appréciation du résultat qu'il espère, c'est-à-dire la guérison. J'ai vu chez un malade auquel M. Lisfranc avait enlevé une tumeur fibreuse, développée dans la région temporo-maxillaire, la mort survenir au douzième jour de l'opération, d'une manière subite : on trouva à l'autopsie un décollement de la dure-mère à la face supérieure du rocher, et une carie superficielle de cet os. Il est probable que l'excès de mouvement nutritif, qui préside au développement de ces tumeurs plus ou moins volumineuses, et toujours en communication vasculaire avec le cerveau ou ses enveloppes, exerce sur ces parties une influence qui les prédispose aux inflammations que l'on voit survenir si inopinément. Quelquefois même l'étendue et la nature des désordres anatomiques révélés par l'autopsie, prouvent qu'une phlegmasie latente préexistait à l'opération, et que cette dernière n'a fait que la mettre en lumière par l'intensité qu'elle lui a imprimée. (*Gaz. des Hôp.*, 6 août 1844.)

VARICOCÈLE (*Traitement palliatif du*). On ne saurait trop encourager les efforts des chirurgiens qui, pénétrés des dangers dont s'accompagnent les opérations en général, cherchent à les éviter autant que possible, en leur substituant des moyens curatifs dont le résultat, s'il n'est pas complétement efficace, a du moins l'avantage de produire une amélioration notable et exempte de tout accident. C'est à ce titre que nous croyons devoir reproduire un passage d'une lettre que M. Hervez de Chégoin vient de faire paraître dans la *Gazette des Hôpitaux*, à l'occasion du rapport de M. Velpeau à l'Académie de médecine, sur le mémoire de M. Vidal, relatif au traitement du varicocèle que nous avons publié dans un de nos derniers numéros. « C'est un moyen palliatif bien simple que j'emploie, dit ce médecin, contre le varicocèle depuis dix ans. Je l'appelle *palliatif*, parce qu'il est au varicocèle ce qu'un bandage est à une hernie. Il ne le guérit pas, mais il en fait disparaître les inconvénients. Il consiste à tirer en bas la peau des bourses du côté malade, et à l'entourer d'un lien circulaire. Le testicule se trouve ainsi remonté; les veines variqueuses disparaissent sur-le-champ, et avec elles toutes les incommodités qu'elles en-

traînent. La première fois que j'employai ce moyen si simple, c'était sur un jeune homme qui devait se marier incessamment et qui n'avait pas le temps de se faire opérer. Il s'en trouva si bien qu'il ne chercha pas mieux. Un autre, qui ne portait cette ligature que depuis peu de temps, revint tout dernièrement me dire qu'il avait été examiné par un médecin, qui n'avait rien trouvé de particulier dans l'état des bourses qu'on avait entourées d'un cordon, et l'avait engagé à l'ôter. Entre cette visite et la mienne, les veines avaient reparu. Le cordon a été de nouveau appliqué, et on a obtenu le même succès que la première fois. Il y a 15 jours, un jeune homme de dix-neuf ans se présenta à la consultation de la maison de santé, avec un varicocèle du côté gauche, qui causait tous les malaises qu'il détermine ordinairement. J'appliquai la ligature serrée seulement au degré nécessaire pour l'empêcher de tomber. Il revint huit jours après; il ne souffrait plus. J'ôtai la ligature; ce ne fut que quelques instants après qu'on sentit les veines du cordon. » Nous dirons, en terminant, que le moyen proposé par M. Hervez agit de la même manière que le suspensoir. Son action sera-t-elle plus efficace? c'est à l'expérience de résoudre la question. Quoi qu'il en soit, il mérite d'être pris en considération par les praticiens, car il s'adresse à une maladie fort commune, et dont la cure radicale par section des veines du cordon n'est pas toujours aussi bénigne qu'on pourrait le croire. Dernièrement encore, M. Malgaigne ne rapportait-il pas dans le *Journal de chirurgie* un cas funeste, où elle avait été suivie de mort? Ce cas fut communiqué par M. Berard jeune à la Société de chirurgie. (*Journ. de chir.*, août 1844.)

VARIÉTÉS.

M. le docteur Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon, a été élu membre de l'Académie royale de médecine, section de médecine opératoire.

— A la suite d'un concours pour trois places de médecin au bureau central des hôpitaux de Paris, MM. Vigla, Behier et Vernois ont obtenu ces trois places.

— Les démarches de la Société médicale d'émulation auprès du conseil municipal de la ville de Paris pour que les dépouilles mortelles de Bichat soient transférées au cimetière de l'Est ont obtenu un plein succès. Tout s'organise au sein de la Société d'émulation, dont Bichat fut le fondateur, pour donner à cette cérémonie tout l'éclat que mérite la mémoire de ce grand physiologiste.

— Il paraît certain qu'une source très-abondante d'eau minérale sulfureuse a été découverte dans Paris même, rue de Vendôme. L'Académie de médecine a été dernièrement investie par le ministre de l'examen des eaux de cette source.

— Une ordonnance royale autorise l'érection de la statue que les habitants de Bar-le-Duc ont voulu ériger à la mémoire de M. le docteur Champion.

— Le concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, section des sciences accessoires, s'est terminé par la nomination de MM. Béclard et Désormeaux pour l'anatomie et la physiologie, et de M. Favre pour la chimie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES TENDANCES ACTUELLES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1).

Nous avons sincèrement félicité la Faculté de médecine de Paris de la voie nouvelle dans laquelle elle semble s'engager d'après les questions qu'elle vient de proposer au dernier concours pour l'agrégation. Nous faisons des vœux pour qu'elle ne s'en tienne pas à une simple velléité, car en s'arrêtant en route, et à plus forte raison si elle rétrogradait, outre qu'elle se donnerait un démenti qui la ferait justement accuser de légèreté, elle retomberait plus profondément, s'il est possible, dans l'ornière des systèmes dont elle éprouve tant de peine à se retirer. On se souvient des motifs qui justifient les éloges qu'elle nous a paru mériter. Il est inutile d'insister davantage sur ce sujet. Mais nous avons dit aussi qu'avec l'éducation à peu près exclusivement anatomique qu'elle avait tâché d'inculquer à ses élèves, il ne pouvait pas se faire que ces élèves, quelles que fussent leurs aptitudes, ne se récriassent contre des questions si fort en dehors de l'esprit de leurs occupations, et que les plus intrépides même ne se sentissent en quelque sorte défaillir. Toutefois, nous devons le dire à la louange de la plupart d'entre eux : s'il en est peu qui n'ont pas pâli à l'énoncé de ces questions formidables, aucun n'a reculé devant leurs difficultés, et tous ont montré par le résultat qu'ils étaient capables de le traiter. On n'avait pas le droit d'exiger plus, et tel qui les a critiqués aurait bien moins réussi. Il n'entre pas dans nos vues de les prendre individuellement à partie. Nous serons peut-être plus utile en essayant d'aborder, pour notre compte, quelques-unes de ces questions. Nous nous permettrons seulement une espèce de motion d'ordre, applicable à presque tous les concours de cette Faculté. C'est à regret qu'on voit les concurrents affecter de rechercher le nom et les travaux de leurs juges, de manière à dresser en leur honneur un piédestal de citations. Ce procédé peut se trouver par hasard du goût de quelques hommes qui ne craignent jamais l'odeur de la fumée de quelque part qu'elle vienne, et qui accourent en toute diligence, comme les dieux d'Homère, partout où l'on brûle pour eux de l'encens ; mais un véritable juge ne saurait être épris de sacrifices mercenaires ; il s'en offense plutôt comme d'un attentat à l'équité de son ministère. D'ailleurs, une admiration intéressée n'honore personne ; elle marque seulement l'admirateur d'une empreinte d'adulation servile. Après cette courte réflexion, occupons-

(1) Suite. Voir nos livraisons du mois d'août.

nous des questions en elles-mêmes ; commençons par celle-ci : *De la fièvre sous les rapports séméiologique, pronostique et thérapeutique.*

Il n'y a que deux manières générales d'envisager la fièvre : ou bien elle n'exprime autre chose qu'une lésion partielle ou étendue des organes, ou bien elle traduit au dehors une impression morbide qui influence sans doute l'organisation, mais qui ne repose précisément sur aucun point spécial. Ces deux expressions de la fièvre se rencontrent très-fréquemment dans la pratique ; ou plutôt toute la pratique ne roule, à vrai dire, que sur l'une et l'autre de ces fièvres. Nous remarquerons encore que les deux expressions mentionnées ici se mêlent et se combinent à divers degrés et dans des rapports de subordination différents, d'où il résulte une troisième expression de la fièvre, complément des considérations pathologiques relatives à cette grande manifestation des troubles de l'économie. Les expressions que nous distinguons ont pour base deux états morbides profondément distincts : l'une se rattache aux maladies dont le point de départ gît tout entier dans une altération des tissus matériels ; l'autre ne concerne que les maladies qui dépendent d'une modification directe du principe de la vie. Nous reviendrons, pour mieux faire sentir ces différences essentielles, à des exemples très-frappants. Une blessure, un coup, une contusion allume la fièvre et engendre des symptômes fébriles auxquels on ne peut remédier qu'en réparant, par des applications topiques bien connues, les altérations des parties blessées, frappées ou contuses. Les organes externes, plus à portée des agressions violentes, deviennent plutôt que les organes internes le théâtre de ces fièvres. On conçoit, du reste, que si une agression analogue venait à atteindre des parties plus cachées, elle pourrait donner lieu au même genre de fièvre, en y produisant de semblables altérations. Ces cas, quoique rares, se représentent néanmoins ; et c'est ici, pour le dire en passant, une extension de la chirurgie ou médecine externe. Nous caractériserons les espèces de fièvre que nous déterminons en ce moment, en leur attribuant une qualification qui ne saurait permettre la moindre confusion ; ce sont là des fièvres traumatiques. Une fièvre traumatique ne doit être regardée que comme le produit direct d'une lésion dans la substance ou dans les rapports de notre organisation.

Mais cette sorte de fièvre n'est pas la seule. Lorsqu'un homme en bonne santé se trouve sous l'influence des causes du typhus d'hôpital ou des prisons ; lorsqu'un enfant non vacciné est conduit par hasard dans le foyer d'une épidémie de variole ; lorsqu'un habitant des pays froids se transporte sous un ciel méridional, y a-t-il, dans

les fièvres qui s'allument par suite de ces diverses influences, quelque chose qui puisse se comparer de près ou de loin à ces fièvres consécutives à une entorse, à une amputation? Si on voulait y voir une similitude, nous demanderions de nous indiquer, en toute franchise, la lésion primitive d'où sont dérivés les symptômes fébriles; mais personne aujourd'hui ne placera sur la même ligne des fièvres aussi différentes; presque tous les médecins reconnaissent, au contraire, que les fièvres dont il s'agit accusent une atteinte directe et initiale à la condition intime de l'existence. Qu'on ne demande pas en quoi consiste cette impression intime, car nous ne pourrions y répondre autrement, qu'en disant qu'elle tient aux racines mêmes de la vie, et qu'à ce titre, elle se ramifie à travers tous les organes dans toutes les directions. Cela ne signifie pas que l'affection fébrile n'a pas de base solide, qu'elle n'a qu'une existence imaginaire, qu'elle ne constitue qu'une entité métaphysique, un être de raison ; cela signifie, au contraire, qu'elle imprègne intégralement l'économie, et qu'elle s'identifie si bien avec elle, qu'il est impossible de lui assigner un foyer circonscrit. Ces espèces de fièvres, dont il est superflu de faire l'énumération, reçoivent aussi un nom caractéristique ; ce sont les fièvres essentielles. On doit remarquer à cette occasion que les fièvres essentielles ne sont pas à beaucoup près les équivalentes des fièvres générales, ou, en d'autres termes, que la qualification de fièvres essentielles n'est pas synonyme de fièvres générales. En effet, il y a peu de fièvres traumatiques qui ne soient pas générales, tandis qu'il y a plusieurs fièvres locales qui sont pourtant essentielles. Telles sont en particulier les fièvres intermittentes pernicieuses, qui tirent leur nom de la lésion locale prédominante.

Reste une troisième espèce de fièvre, qui participe à divers degrés des fièvres essentielles et des fièvres traumatiques ou de réaction. Nous citerons, comme exemples saillants, les plaies ou opérations sous la dépendance d'une constitution médicale décidée.

Fonder la doctrine des fièvres sur les lésions locales, c'est ouvrir la porte à tous les systèmes ; car chacun peut les voir alors partout où il lui plaît, puisque les fièvres essentielles se portent indifféremment sur tous les organes. Mais c'est surtout se fermer tout accès à leur diagnostic comme à leur pronostic, et à leur thérapeutique, puisque les fièvres de cette classe n'affectent pas un siége particulier, s'attachent à l'économie tout entière, et ne cèdent, quand elles sont dangereuses, qu'à une thérapeutique générale.

Les principes que nous venons d'établir relativement à la doctrine des fièvres, s'appliquent également à la solution de cette autre ques-

tion : *Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des névroses*; car tout se lie, tout s'enchaîne dans les vérités médicales. Les anatomistes, et qui ne sont que cela, confondent par un abus criant les névralgies et les névroses. Aussi, dans leur manière étroite d'apprécier, ils sont à peu près à bout quand on leur présente, d'une part une sciatique, par exemple, ou un tic facial, et de l'autre, une hystérie, une épilepsie ou une hypocondrie. Nous concevons leur embarras. En effet, quelle difficulté n'y a-t-il pas à regarder deux ordres de maladies aussi disparates comme le produit d'une seule et même altération ! Ce n'est pas dans ce cercle étroit que tournent les vrais médecins. Une névralgie et une névrose n'offrent rien de commun ni dans leur nature appréciable, ni dans leurs symptômes, ni dans leur traitement. Quant à leur nature, la névralgie n'est autre chose qu'une irritation presque palpable d'un ou plusieurs cordons nerveux dont on peut suivre en quelque sorte le trajet de l'œil et de la main ; tandis que la névrose indique d'une manière non équivoque une lésion intime, profonde des facultés de sentir et de se mouvoir inhérente à tous les organes, à tous les appareils ; c'est-à-dire que la névralgie n'est qu'un état purement et exclusivement local, au lieu que la névrose compromet, de même que la fièvre essentielle, l'économie tout entière dans les facultés du sentiment et du mouvement. Voyez aussi quelle différence dans les expressions respectives des deux états morbides ! Dans la névralgie tout se borne à une place déterminée ; dans la névrose, au contraire, ce sont tous les organes, toutes les fonctions qui témoignent de l'impression pathologique ; et puis, peut-on jamais assimiler les symptômes constants et uniformes des névralgies avec la multiplicité, la mobilité et la singularité des phénomènes que révèlent la plupart des névroses ? Enfin, nous pouvons marquer et circonscrire le siége des névralgies ; mais en est-il de même à l'égard des névroses? Est-on satisfait des siéges que les systématiques ont prêtés successivement à l'hypocondrie et à l'hystérie ? Ne sait-on pas qu'on a pu les localiser à volonté sur tous les organes ? preuve qu'il est impossible de les rattacher exclusivement à aucun. De fait, les névroses n'ont pas de siége fixe ; elles tiennent à la substance même de l'économie, bien que, suivant les sujets et les circonstances, elles puissent se produire de préférence avec les symptômes propres à la lésion primitive de tel ou tel point, de tel ou tel centre organique. La thérapeutique enfin, juge en dernier ressort de la nature de nos affections, autorise-t-elle à traiter d'après les mêmes vues les névralgies et les névroses ? Réussit-on également contre les unes et les autres ? Les moyens si heureux dans les névralgies triomphent-ils, sont-

ils même de mise contre les névroses? et ce sont pourtant des maladies si complétement distinctes qu'on se croirait en droit de placer sur le même plan! Il y a en réalité entre les deux classes toute la distance que nous avons déjà mesurée entre les fièvres essentielles et les fièvres par réaction. Les névroses, comme les fièvres essentielles, s'incorporent pour ainsi dire avec la vie, en intéressent tous les instruments, toutes les manifestations; les névralgies, au contraire, se bornent, comme les fièvres traumatiques, à accuser la lésion primitivement locale d'un point circonscrit de l'organisation. Là est le fondement de leurs différences, le principe de leur nature, la source de leur thérapeutique. On n'imaginera pas pour cela de nous faire dire que les névroses et les fièvres essentielles ne sont qu'une même affection. Il y a sans doute quelque chose de similaire; mais elles diffèrent néanmoins, comme on voit différer les passions entre elles dans le système général des passions.

Nous arrivons à une autre question, c'est celle *des indications et des contre-indications en médecine pratique*. La question des indications et des contre-indications résume tous les labeurs du médecin en présence d'une maladie. Que faut-il faire ou ne pas faire, telle est définitivement la difficulté réelle de la pratique. Nous sommes à cet égard, comme à celui de la détermination des maladies, partagés entre une foule de vues systématiques qui toutes cherchent à prévaloir. Cependant il ne nous paraît pas impossible de se dégager de ces entraves, en remontant sur le-champ aux vraies sources des indications. Nous laisserons dormir les opinions des médecins qui se sont égarés dans le dédale des hypothèses, pour nous demander de prime abord ce qui constitue une solide indication. La réponse est aisée à faire. L'indication doit se tirer évidemment de la nature de la maladie. Mais en quoi consiste cette nature? Se trouve-t-elle, peut-elle se trouver exclusivement dans l'énoncé du siége des symptômes? Examinons. Soit une douleur costale accompagnée d'oppression, de crachats sanguinolents, de toux, de fièvre vive, de matité du thorax, avec un râle sous-crépitant. Certes, à l'aspect d'une semblable fièvre, aucun praticien ne se méprendra sur le siége de la maladie actuelle, et tous y verront ce qu'il y a en effet, savoir, une pleuro-pneumonie. Si la pleuro-pneumonie était dans tous les cas une seule et même maladie, il suffirait de son nom pour suggérer aussitôt l'indication de son traitement. Nous savons que beaucoup de praticiens ne vont pas plus loin, qu'il leur suffit de savoir qu'ils ont sous les yeux une pleuro-pneumonie pour se croire autorisés à procéder immédiatement par des saignées répétées. Mais un semblable procédé est dicté évidemment par le préjugé suivant, savoir, que toutes les pleuro-pneumonies

ne proviennent que d'une inflammation. Il faut reconnaître néanmoins que si dans un grand nombre de cas les pleuro-pneumonies doivent accuser un principe phlogistique, il s'en faut que toujours elles offrent réellement la même nature inflammatoire. Le préjugé que nous signalons ne date pas d'à présent. Baillon, qui pratiquait à Paris à la fin du seizième siècle, gourmandait déjà les mauvais médecins de cette époque qui se hâtaient ainsi, à la vue de cet appareil de symptômes, de recourir aux émissions sanguines. Ils ne savent pas, dit-il, ces médecins ignorants, j'adoucis beaucoup les expressions de l'indignation du médecin de Paris, que, s'il y a des pleuro-pneumonies dont les saignées font justice, il y en a d'autres dans lesquelles les saignées sont très-dangereuses et mortelles. L'exemple que nous avons cité, et où le siége de l'affection se montre très-clairement, suffira pour prouver que la connaissance du siége ne mène guère que par une hypothèse toujours périlleuse à la découverte de la véritable indication. Celle-ci ne peut se tirer en sûreté que de la détermination de la nature de l'état morbide seulement. C'est ainsi, pour reprendre notre exemple, qu'après avoir reconnu l'existence de la pleuro-pneumonie, il s'agit surtout de savoir quelle en est la nature ou le fond. On arrive à ce but en balançant l'expression de l'ensemble des symptômes avec la valeur des influences sous lesquelles ils se sont déclarés, sans omettre les considérations relatives à l'âge, au tempérament et au genre de vie du malade. L'indication ainsi déduite devient le fondement de la méthode thérapeutique, et mérite à ce titre le nom d'essentielle ou de fondamentale. Quant aux indications assises exclusivement sur les symptômes, il faut sans doute en tenir compte ; mais leur importance se subordonne à celles qui dépendent du fond de la maladie : ce sont les indications accessoires ou secondaires.

Encore quelques observations sur la question *De la valeur des éruptions cutanées dans les pyrexies*. Rien de plus commun que les éruptions cutanées dans les pyrexies. Mais on se trompe assez souvent sur leur caractère et leur importance. Avant Sydenham, la plupart des médecins en provoquaient dans presque toutes les maladies, en leur appliquant, d'après les doctrines chimiques du temps, des systèmes thérapeutiques incendiaires. Le médecin de Londres s'élève avec vigueur contre ces principes de traitement, et il les remplace presque toujours par une méthode tout opposée, les saignées et les rafraîchissants. Mais Sydenham était trop habile pour admettre, comme on l'a fait depuis, que toutes les éruptions cutanées tenaient essentiellement à un principe d'irritation, et que toutes ou presque toutes réclamaient l'administration des adoucissants et des antiphlogistiques. Sydenham même semble réserver sa critique à cet égard pour la méthode de traitement de la va-

riole et des rougeoles, si fréquentes dans le dix-septième siècle ; car dans les autres affections il alliait assez volontiers l'usage des échauffants et des antiphlogistiques. Malgré tout le respect que nous portons à Sydenham, nous croyons que ce grand praticien a poussé un peu trop loin sa préférence pour la méthode rafraîchissante, quand il semble faire un devoir aux médecins de saigner les varioleux au fort de la suppuration des boutons. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui on étend encore outre mesure l'emploi des débilitants contre les éruptions aiguës, oubliant que beaucoup d'efflorescences de cette espèce jouent le rôle de crise et réclament plutôt conséquemment un appareil de moyens propres à seconder cet effort naturel. Toutefois, n'exagérons pas de notre côté l'utilité de l'intervention des toniques ; mais distinguons les cas où les éruptions cutanées coïncident avec un état fébrile plus ou moins rapproché de la fièvre inflammatoire, des cas où la fièvre concomitante appartient aux autres classes. C'est en effet à la nature de la fièvre à régler le traitement des éruptions aiguës; car la plupart en suivent exclusivement les impressions. Or, il existe là-dessus une erreur assez répandue. Elle consiste à regarder la presque totalité des fièvres éruptives comme des fièvres primitivement inflammatoires. Cependant ce n'est pas, il s'en faut, le cas le plus commun. La grande majorité des fièvres éruptives porte plutôt les traits des fièvres catarrhales; on retrouve dans ces fièvres tous les phénomènes caractéristiques de la pyrexie en question. En outre, on ne réfléchit pas suffisamment que les fièvres éruptives affectent une tendance plus ou moins prononcée à léser le système nerveux, et tendent par conséquent à dégénérer en fièvres de mauvais caractère, soit ataxique, soit adynamique. Ces remarques, fondées sur des observations journalières, éloignent cet ordre de pyrexies de celui des fièvres vraiment inflammatoires. Si tel est le résultat des faits, on juge de quelle circonspection il faut user en présence des éruptions cutanées, quand il s'agit de moyens comme les émissions sanguines, réitérées ou très-copieuses, qui peuvent précipiter la ruine des forces. Nous n'avons guère considéré ici que les éruptions symptomatiques; et en effet, on rencontre fort peu d'efflorescences aiguës avec un caractère essentiel. Peut-être devrions-nous dire qu'on n'en rencontre même pas auxquelles on puisse rigoureusement attribuer ce caractère; car la variole et la rougeole, qui s'en rapprochent le plus, obéissent, comme le savent les praticiens, à toutes les vicissitudes de l'état fébrile dominant. Dès lors, les éruptions ne sauraient offrir presque jamais que des indications de second ordre, et c'est pour cela que les meilleurs nosologistes ne les séparent pas de la classe des pyrexies.

Nous avons à peine effleuré les principales idées impliquées dans

quelques-unes des questions proposées par la Faculté de médecine de Paris dans le dernier concours pour l'agrégation. Ce que nous en avons dit ne suffit pas certainement à les éclaircir. Aussi n'avions-nous pas cette prétention ; nous n'avions d'autre but que de jeter quelques aperçus sur la manière de les entendre, nous en référant pour les développements à l'expérience des praticiens.

FUSTER.

DE L'EFFICACITÉ DE QUELQUES AGENTS THÉRAPEUTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGO-CÉPHALITE ESSENTIELLE ET AIGUE.

Par M. DELARROQUE, médecin de l'hôpital Necker.

Le titre que je donne à cet article prouve manifestement que mon intention n'est pas et ne peut être d'exposer ou de signaler ici tous les moyens propres à combattre la méningo-céphalite. Autant un travail de cette nature doit faire partie intégrante d'un ouvrage *ex professo* sur cette maladie, autant dans un simple article de journal il est loisible à chacun de se borner à fixer l'attention des praticiens sur quelques points essentiels de traitement, trop souvent négligés, quoique leur utilité soit familièrement mise en évidence par les hommes de l'art qui saisissent toutes les occasions de les mettre en usage.

Tel est mon cas à l'égard de l'artériotomie et des vésicatoires très-larges sur la tête. Ce sont là assurément des modificateurs de l'organisme bien connus, mais pas assez familièrement mis en œuvre dans la circonstance pathologique qui fixe ici notre attention. Est-ce parce qu'on ne les croit pas avantageux qu'ils sont pour ainsi dire abandonnés? Je ne le pense pas, car personne ne s'est encore avisé de démontrer la nullité de leur influence salutaire, ou leur action fâcheuse. Est-ce à l'instabilité des médecins qu'on doit attribuer l'espèce d'oubli où ils laissent ces grandes et puissantes ressources de matière médicale? Il serait souverainement injuste de le penser, d'autant que maintenant on revient avec un empressement très-méritoire aux bonnes traditions de nos devanciers, qu'on s'était accoutumé, il y a quelques années, à ne plus consulter, quoique les richesses de thérapeutique contenues dans leurs ouvrages soient infiniment plus grandes que dans les écrits des pathologistes modernes.

Ou je me trompe étrangement, ou j'ai quelque raison de croire que c'est faute d'en avoir la pensée quand ils sont auprès de leurs malades, que les praticiens recourent si peu aux moyens énergiques dont je vais prouver l'efficacité, même dans des cas qui paraissent à peu près désespérés. C'est là, il faut en convenir, une faute qui, bien souvent, a de très-fatales conséquences ; mais puisqu'elle est indépendante de la vo-

lonté des médecins, elle est à mes yeux moins reprochable que celle de ne pas mettre rapidement à exécution l'intention conçue d'ouvrir l'artère temporale, de raser la tête et de la couvrir de l'épithème stimulant qui, par la douleur et l'exsudation séreuse qu'il détermine, arrête les progrès de l'inflammation intérieure et concourt à la faire disparaître. Faites tout cela sans temporisation, quand vous voyez que vous n'avez point à vous occuper de la médecine des causes, et vous serez souvent étonné du calme physique et moral qui succédera au délire le plus violent, à l'agitation musculaire dont vous ne pouvez vous rendre maître qu'en enchaînant les malheureux phrénétiques. Ne soyez pas surtout arrêté, quant à l'apposition de l'épispastique, par l'idée que vous accroîtrez la congestion des méninges et du cerveau en provoquant la douleur et en la fixant au voisinage du siége que ces organes occupent; car ce n'est là qu'une erreur de quelques théoriciens entêtés et passionnés contre les vésicatoires, de quelques raisonneurs excentriques qui à chaque instant sont démentis par les plus beaux résultats cliniques.

Sans doute que si vous agissiez, de prime abord et sans d'autre préliminaire, au moyen d'un vésicatoire occupant tout le cuir chevelu, vous auriez d'autant plus à craindre l'augmentation de l'inflammation méningo-céphalique, qu'elle serait plus considérable, que le sujet offrirait davantage les attributs d'un état pléthorique, qu'il serait jeune et fort; mais si vous avez eu le soin fort ordinaire de pratiquer de larges saignées et, dans leur insuffisance, d'ouvrir l'artère temporale, vous ne devrez plus redouter la douleur amenée par le vésicatoire. Loin de se répéter péniblement dans le cerveau et les méninges, foyers de l'inflammation, loin de voir leur irritation se présenter bientôt avec une intensité plus considérable, vous serez à même de juger, au contraire, que les phénomènes qui la caractérisent ont sensiblement perdu de leur violence, et que les fonctions céphaliques sont plus ou moins rentrées dans leur état normal.

Je ne prétends pas, il s'en faut de beaucoup, que tels seront constamment les résultats de cette thérapeutique; mais j'ai plus d'une raison de penser que, dans la plupart des cas, la médication sera suivie de succès, surtout si, dans le principe, on ne se livre pas ou à une méthode curative timorée et débile, ou à des temporisations toujours très-dangereuses, en tant qu'elles donnent à l'arachnoïde le temps de devenir le siége d'une exsudation purulente, qui a pour conséquence immédiate la compression plus ou moins grande de la pulpe cérébrale, et pour résultat final la mort ou l'imbécillité.

Il devient d'autant plus urgent, selon moi, de recourir à l'artériotomie, et, si elle n'est pas plus efficace que les autres émissions sanguines,

à l'application du vésicatoire sur la tête, que la céphalalgie a été d'abord plus vive et plus souvent répétée; que les artères de la tête ont battu et battent encore avec plus de force; que le délire est plus violent et plus permanent; que les pupilles sont plus contractées; que l'aspect d'une lumière vive est supportée plus impatiemment; que les yeux sont plus rouges, plus strabiques, plus chassieux; que la face et les oreilles sont plus animées; que la chaleur de la tête est plus brûlante; que les lèvres et la bouche sont plus sèches; que l'agitation générale et les efforts musculaires sont plus tumultueux; que les cris et les vociférations témoignent davantage des souffrances et de la fureur des malades; qu'enfin l'ensemble de l'économie paraît dans une excitation plus grande. Sans doute qu'avec les saignées ordinaires et les applications multipliées de vésicatoires ailleurs que sur le cuir chevelu, on peut parvenir à vaincre cette effroyable série d'accidents; mais j'ai acquis la certitude que cette manière vulgaire de procéder est infiniment moins sûre et moins expéditive que celle dont je me fais ici l'apologiste. Avec celle-ci, je le répète, le point essentiel est d'agir le plus promptement possible; car si l'on attend, pour ouvrir l'artère temporale, que l'assoupissement et l'état carotique aient succédé au délire et à l'agitation générale, il n'est guère permis d'en espérer quelques bons résultats; et en admettant que jusque-là on ait eu le soin de faire de copieuses émissions sanguines, il ne reste guère, dans cet état de choses, que la ressource d'appliquer le large vésicatoire sur la tête, et celle de le laisser agir pendant quarante-huit ou soixante-douze heures. Si ce moyen héroïque n'a pas eu d'action salutaire durant ce laps de temps, il est à peu près certain que le malade deviendra la triste victime de son inflammation, et qu'à l'ouverture cadavérique on trouvera l'arachnoïde et même la surface du cerveau tapissées d'une plus ou moins grande quantité de matière purulente.

Quoi qu'il en soit, je dois dire ici, non pour les hommes de l'art qui déjà ont vieilli dans l'exercice de leur profession, mais pour ceux qui à peine ont fait les premiers pas dans la carrière médicale, que le moment le plus opportun pour appliquer l'emplâtre vésicant sur la tête n'est pas celui où la surexcitation organique est portée à son suprême degré. Pour agir, sous ce rapport, avec convenance et avec espoir de succès, il faut saisir l'instant où le calme et la pâleur du malade ont été la conséquence de la perte du sang artériel ou veineux. De même que dans le début de la pneumonie vraie, les vésicatoires, loin d'être salutaires, aggravent les symptômes topiques de cette inflammation et déterminent une excitation générale plus vive, de même, dans la méningite, on les voit augmenter tous les accidents morbides, quand on en

fait l'application avant d'avoir apaisé l'irritation des tissus qui sont le siége de la phlegmasie, ainsi que la fièvre qui l'accompagne dans la généralité des cas.

Quand les sujets atteints de méningite sont d'une constitution délicate et grêle, quand d'ailleurs ils sont doués d'un tempérament bilieux ou lymphatique, quand ils supportent mal les déperditions sanguines et sont sujets, sous leur influence, à tomber en lipothymie, il ne serait pas prudent de leur ouvrir l'artère temporale, car il y aurait à craindre qu'ils ne succombassent bientôt après l'opération. Chez de semblables malades je me suis toujours borné à des applications de sangsues, soit derrière les oreilles, soit sur le front, et dès que j'ai remarqué la manifestation de la pâleur faciale et l'affaiblissement du pouls, je me suis empressé d'arrêter le sang et de recourir au vésicatoire sur la tête.

C'est la conduite que je tins, il y a maintenant quatre ans, avec madame M..., auprès de laquelle je fis appeler M. le professeur Marjolin, cité Bergère, 6.

Cette dame était d'une constitution délicate et d'un tempérament éminemment bilieux. Chagrine de ne pas recevoir de nouvelles de son mari, malade et habitant le département du Var, elle commença à éprouver des maux de tête qui se renouvelaient par crises. Bientôt ces maux de tête devinrent continus à l'occasion d'un érysipèle de la face dont son fils fut atteint. A peine la guérison de celui-ci fut-elle opérée, que madame M... se sentit prise de la même affection, laquelle commença par une rougeur sur le nez, qui, successivement, s'étendit à toute la face, avec tuméfaction, douleur et chaleur brûlante. Les souffrances de la tête devinrent alors extrêmes, des symptômes gastriques apparurent, la fièvre devint intense et accompagnée, surtout le soir, d'un délire qui persistait toute la nuit et ne s'apaisait que le matin.

Une saignée pratiquée le troisième jour n'amena aucun soulagement. Quoique peu abondante, cette déperdition sanguine fut suivie de défaillance prolongée et de pâleur momentanée de la face. La rougeur érysipélateuse se rétablit assez promptement, avec un délire furieux, pendant lequel la malade disait les choses les plus extravagantes, faisait des efforts continuels pour sortir du lit, crachait à la figure des personnes qui se présentaient devant elle. Elle supportait difficilement la lumière, et quoique ses yeux fussent à demi fermés à cause du gonflement érysipélateux, on pouvait juger de la rougeur des conjonctives et du resserrement des pupilles. Les bords des paupières étaient chassieux et couverts de mucus glutineux.

15 sangsues furent appliquées sur les jugulaires le sixième jour et

sans plus de succès qu'avec la saignée du troisième jour. Le délire devint alors plus violent que jamais; mais le pouls acquit beaucoup de fréquence et offrit quelques irrégularités. Je demandai un consultant et proposai M. Marjolin, qui se rendit auprès de la malade dans la soirée. Ayant voulu s'approcher d'elle pour regarder sa langue, elle demanda malicieusement un verre d'eau, comme pour humecter cet organe. Elle n'eut pas plutôt le verre à la main qu'elle en jeta le contenu sur la figure de M. Marjolin, qui, avec sa bonté accoutumée, se mit à rire et adressa des remercîements à la malade.

Après l'avoir examinée attentivement, ce professeur la considéra comme à peu près perdue, parce qu'il pensait que l'exsudation purulente avait déjà eu lieu dans les méninges.

Je lui proposai l'application d'un large vésicatoire. Il adopta ma proposition, quoique sans espoir de succès.

La tête fut rasée et le vésicatoire appliqué deux heures après.

A peine la malade l'avait-elle senti que le sommeil eut lieu pendan trois heures.

Le lendemain le délire avait à peu près cessé.

Le surlendemain la raison était complétement rétablie, la malade embrassa ses enfants avec un plaisir extrême et demanda avec intérêt des nouvelles de son mari. Elle pria avec instance qu'on lui enlevât ce qu'on lui avait mis sur la tête.

On s'empressa, comme on peut bien le penser, d'obtempérer à ses désirs, et d'autant plus qu'il n'y avait aucun motif pour entretenir des douleurs désormais inutiles. Le cuir chevelu était partout le siége d'une phlogose évidente, et çà et là il offrait des vésicules assez volumineuses qui contenaient encore de la sérosité.

Je place ici les limites de cette observation, par la raison qu'il serait tout à fait superflu d'entrer dans les détails relatifs à la convalescence. Ces détails ne pourraient offrir, dans le moment présent, aucune espèce d'intérêt, attendu qu'il ne s'agit ici que de faire voir que si l'artériotomie doit être souvent pratiquée avant l'application de l'épispastique, il est cependant des cas d'arachnitis violente où il faut s'en abstenir, par cela seul que les individus porteurs de la maladie, supportant mal les déperditions sanguines, veineuses ou capillaires, toléreraient encore moins bien les soustractions du sang artériel.

L'exposé que nous avons l'intention de faire, à la fin de ce mémoire, de quatre autres cas de méningite colligés à l'hôpital Necker, feront voir encore que s'il est assez souvent indispensable d'employer à la fois les deux agents thérapeutiques dont il est question dans cet opuscule, cela devient quelquefois tout à fait inutile, à cause des effets salutaires immédiats dont est suivie l'ouverture de l'artère temporale.

En attendant que nous signalions ces observations, rapportons-en deux autres qui mettent encore en évidence les heureux effets du vésicatoire de la tête, surtout quand on le laisse agir pendant un long espace de temps.

Le sujet du deuxième fait est Mlle Blanche, qui recevait les soins de M. le docteur Lafont, rue du Faubourg-Montmartre, n° 5.

Cette jeune personne était d'une excellente constitution et d'un tempérament sanguin. Elle était âgée de treize à quatorze ans, et quoique non réglée, quelques attributs annonçaient qu'elle allait bientôt entrer dans l'époque de la puberté. Avant de tomber malade, elle s'était plainte de céphalalgie et de quelques étourdissements, phénomènes familiers aux demoiselles qui sont près d'avoir le flux menstruel. Aussi les parents y firent-ils peu d'attention. Ce ne fut que lorsque les souffrances devinrent plus intenses et plus continues, qu'on fit mander M. le docteur Lafont, jeune confrère fort méritant. Il ordonna d'abord une application de sangsues aux cuisses, des bains de pieds et des boissons rafraîchissantes ; mais comme la céphalalgie allait toujours croissant, comme la jeune personne était fort agitée, surtout durant la nuit ; comme elle avait la tête brûlante, et qu'elle présentait quelques divagations, sans qu'on pût en accuser un état typhoïde, le médecin fit une large saignée, qui, plus tard, fut réitérée sans modification avantageuse des accidents. Bientôt arrivèrent le délire, le strabisme et les convulsions ; puis des alternatives d'assoupissement et de violentes agitations.

Appelé auprès d'elle pour consulter avec mon jeune confrère, j'appris de lui les circonstances dont je viens de faire une énumération abrégée. En examinant la malade, je la trouvai très-décolorée, couchée sur son dos, dans une espèce d'opisthotonos, car les muscles de la partie postérieure du cou et du dos offraient une sorte de raideur tétanique. Les yeux étaient à demi entr'ouverts, le blanc de l'œil paraissait très-distinctement pendant l'assoupissement, les globes étaient tournés en haut et légèrement strabiques ; à peine pouvait-on constater une large dilatation des pupilles. On ne distinguait aucune espèce de mouvement convulsif dans les muscles de la face ; les muscles masséters offraient cependant de la raideur ; la bouche et les lèvres étaient sèches, la soif ne paraissait pas très-intense. Les facultés intellectuelles étaient tellement obtuses, qu'à peine pouvait-on tirer quelques mots mal articulés de la bouche de la malade ; mais les cris et les gémissements étaient très-fréquents. La respiration n'offrait rien d'anormal, le pouls était plutôt lent que fréquent, le ventre plutôt contracté que ballonné ; point de souffrances dans la fosse iliaque droite, point de gargouillement,

point de taches lenticulaires, en un mot, point d'indice d'une affection typhoïde, puisque d'ailleurs il y avait de la constipation. Il ne pouvait donc exister aucune équivoque sur la présence isolée de la méningite céphalique, aussi n'y eut-il aucune discussion à cet égard entre M. Lafont et moi. Dans cet état de choses, et vu l'inutilité de tous les moyens rationnels qui avaient été mis en usage, je pensai que la grande ressource qui s'offrait à nous était l'application du vésicatoire sur la tête. Je n'hésitai pas à la proposer, et elle fut acceptée, non par les parents, qui ne voulaient pas couper les magnifiques cheveux de la jeune malade; mais par son médecin, qui n'avait d'autre vue que de la sauver. Nous finîmes par faire entendre raison au père et à la mère, les cheveux furent sacrifiés et l'emplâtre apposé sur toute la tête.

Au bout de vingt-quatre heures la raison était revenue et le danger de la mort était passé.

Le vésicatoire avait agi avec une grande force, surtout en arrière et en avant, où l'on découvrait d'assez larges ampoules. Une fois la jeune personne en bon état, je me retirai et la livrai entièrement aux soins intelligents de M. Lafont.

Le troisième cas de méningite aiguë que j'ai l'intention de citer est relatif au jeune Poussel, élève et camarade de mon fils cadet, dans la pension de M. Bellaguet.

Ce jeune homme, âgé de quatorze ans, avait eu une première enfance très-laborieuse, au point que plusieurs fois les parents avaient eu la crainte de le perdre. On ne l'avait mis en pension qu'à l'âge de douze ans, à cause des violents maux de tête auxquels il était sujet. On craignait surtout, et avec une espèce de raison, que le travail n'aggravât cet état morbide presque continuel; mais l'idée de laisser un enfant intelligent sans éducation convenable prévalut, le jeune Poussel entra en pension. Ses maux de tête continuèrent, au point que le travail fut pour ainsi dire nul durant l'espace de dix-huit mois. Il revient chez son père, rue Bleue, n° 13. Là, comme à la pension, les souffrances continuèrent, bien qu'il restât dans la plus complète oisiveté. D'après mes conseils, on mit un vésicatoire au bras, après avoir apposé plusieurs fois les sangsues derrière les oreilles. Bientôt la santé fut meilleure, le jeune Poussel rentra à la pension. Mais, soit qu'il ne pût supporter le travail, soit que son irritabilité se fût réveillée par suite de quelques mauvaises habitudes, la céphalalgie devint si terrible, que de nouveau le malade fut ramené chez lui, où une saignée et deux applications de sangsues lui furent faites, à cause d'un délire violent précédé de convulsions. Ces moyens, pas plus que d'autres accessoires, n'eurent aucun succès; les accidents dont je viens de parler persistèrent, les yeux devinrent tout

à fait strabiques, rouges et chassieux, la bouche se dévia du côté gauche, la parole devint impossible; tout cela avait été précédé de cris continuels, de violente agitation, d'efforts incessants pour sortir du lit, de fièvre brûlante.

On applique encore douze sangsues sur le front, on laisse couler le sang pendant deux heures, et bientôt, aux accidents ci-dessus, succéda un assoupissement profond dont le malade sortait difficilement, pour y retomber un instant après.

Dans cette position alarmante, je fis raser la tête; je l'entourai dans toute son étendue d'un vésicatoire, on couvrit les pieds avec des cataplasmes vinaigrés, et on attendit les événements.

Douze heures après le vésicatoire paraissait agir, le malade portait fréquemment sa main droite à la tête. Au bout de vingt heures, la bouche s'était redressée, la parole était revenue, l'assoupissement alternait avec l'état de veille, le jeune malade paraissait tranquille.

Je laissai agir l'épispastique, je ne le levai que le surlendemain, onzième jour de la maladie, lorsque j'eus la certitude que les grands accidents dont je viens de faire l'énumération étaient dissipés.

Ce jeune homme resta très-longtemps en convalescence, et ne fut complétement rétabli que deux mois après l'apparition des convulsions et du délire.

Dans les années 1843 et 44, nous avons eu, dans la salle Saint-Jean de l'hôpital Necker, cinq cas de méningite très-prononcés, c'est-à-dire caractérisés par la presque totalité des phénomènes graves que nous avons signalés précédemment. Sur ces cinq sujets, nous n'en avons perdu qu'un, et encore n'a-t-il pas succombé à l'état aigu de la maladie; ce n'est que très-longtemps après le développement de l'affection qu'il mourut au milieu d'un assoupissement carotique dont rien n'avait pu le tirer. Ce malheureux jeune homme, âgé de dix-sept ans, s'était remis au point de manger le quart. On attribua la rechute à un excès d'alimentation; mais l'autopsie fit voir une adhérence de toutes les méninges à la surface du cerveau, et un point de ramollissement dans la partie antérieure et supérieure du lobe droit de ce viscère, ramollissement qui correspondait à une fracture triangulaire de la boîte osseuse. Nul doute que sa maladie ne fût due à quelque chute ou à des coups qu'il avait reçus.

Quoi qu'il en soit, comme les quatre autres, ce malade avait eu l'artère temporale ouverte; comme à l'un d'eux, le vésicatoire sur la tête lui avait été appliqué. Il fut le seul qui ne se trouva pas mieux immédiatement après la déperdition sanguine, et nous savons maintenant quelle en était la raison.

Un garçon boucher, âgé de vingt-six ans, et adonné à la boisson, fut placé au n° 17 de la même salle. Ceux qui l'amenèrent le considéraient comme fou depuis deux jours, parce qu'il délirait sans cesse, et s'était livré à des actes de fureur. Saigné à deux reprises différentes par le médecin qui lui avait donné les premiers soins, l'affection alla toujours croissant. On se décida à le mener à l'hôpital, parce qu'on craignait qu'il ne se jetât par la croisée, ou qu'il ne commît quelque mauvaise action.

Au premier aspect je vis que cet homme, d'une force herculéenne et d'un tempérament éminemment sanguin, n'était point atteint de démence; sa face vultueuse, ses yeux injectés, ses pupilles contractées, ses réponses brusques, la chaleur brûlante de sa tête, un tremblement universel, un délire continu, etc., annonçaient manifestement une phlegmasie méningo-céphalique. On commença par lui mettre la camisole de force, et puis je lui fis ouvrir l'artère temporale, j'ordonnai des boissons à la glace. A peine cet homme avait-il perdu une palette et demie de sang artériel, qu'il devint calme et raisonnable. Il témoigna bientôt après son étonnement de se trouver dans un hôpital. Le soir on lui appliqua 30 sangsues derrière les oreilles.

La nuit fut très-tranquille, point d'apparence de délire.

Le lendemain on lui ôta la camisole; le tremblement musculaire et les autres phénomènes morbides avaient disparu. Au moment où j'arrivai devant le malade, il me sourit et m'exprima sa reconnaissance. Il demanda des aliments, ce qui ne fut pas accordé. On continua les bains de pieds, les lavements et les boissons rafraîchissantes. Le huitième jour de son entrée, ce malade sortit de l'hôpital très-bien portant, et sans se ressentir le moindrement des pertes sanguines qu'il avait faites.

Au n° 22 de la même salle avait été placé un jeune homme robuste, d'un tempérament sanguin, qui, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, avait fait des excès de boisson avec d'autres individus, et s'était pris de querelle avec eux.

Il offrait les mêmes symptômes que le précédent; mais les yeux étaient beaucoup plus strabiques, chassieux et d'un rouge pourpre. Son délire ne paraissait pas encore très-violent; mais les individus qui l'avaient conduit prétendaient que la nuit précédente il l'avait eu d'une telle force, qu'il voulait sans cesse sortir de son lit, et ne pouvait être maintenu en place que par des camarades très-vigoureux. Cela m'engagea à lui faire mettre la chemise de force, après lui avoir fait pratiquer une large saignée du bras, et lui avoir fait apposer les sangsues derrière les oreilles. Je procédai d'abord par ces émissions sanguines, dans l'espoir que je ne serais pas obligé d'en venir à l'artériotomie.

Mais, dans la nuit, le délire et les vociférations furent continuelles, au point que tous les malades du voisinage se plaignaient de n'avoir pu dormir. A ma visite du lendemain j'ordonnai l'ouverture de l'artère, l'application d'un vésicatoire à la nuque, les sinapismes aux pieds, des lavements fortement purgatifs et la limonade. On tira six onces de sang artériel, et bientôt après le malade fut moins animé, moins strabique. Il y eut beaucoup plus de tranquillité ce jour-là que les jours précédents; ses facultés intellectuelles parurent moins troublées. Le troisième jour, j'appris de la sœur et de l'infirmier qu'il avait eu un peu de loquacité sans vocifération. Le vésicatoire avait bien pris. 30 sangsues derrière les oreilles.

Le quatrième jour, tous les accidents avaient cessé, sauf un peu de rougeur des conjonctives, et surtout de la gauche. On accorda trois bouillons réclamés avec instance par le malade.

La convalescence fut assez prompte malgré le sang perdu; le malade sortit de l'hôpital vers le dixième jour.

Un dernier cas de méningite aiguë qui mérite d'être mentionné, a pour sujet un homme d'une quarantaine d'années, qui, vers la fin de l'année 1843, fut placé au n° 43 de la salle Saint-Jean de l'hôpital Necker.

Cet individu était d'une force très-grande et d'un tempérament sanguin. Il était sujet à des emportements de colère et livré à la boisson.

Le jour de son entrée, il avait la figure égarée, la parole tremblante, les yeux hagards, chassieux et fixes; les sourcils très-froncés, la tête brûlante au toucher, quoique le reste du corps fût à une température normale. Son pouls paraissait élevé et dur, sans être fréquent. Il faisait souvent de longs soupirs, comme s'il était dévoré par quelque chagrin. Les organes de la digestion ne paraissaient nullement affectés. Le délire n'existait point encore, les facultés intellectuelles paraissaient légèrement troublées cependant, surtout la mémoire, puisque ce malade ne pouvait se rappeler comment sa maladie avait commencé. Néanmoins quand je lui demandais s'il avait eu des maux de tête les jours précédents, il répondait brusquement *oui;* s'il avait reçu quelque coup sur le crâne, sa réponse était négative; mais par lui-même il était incapable d'entrer dans aucun détail historique. Une saignée de 3 palettes fut ordonnée, et trois heures après, l'application de 20 sangsues aux jugulaires. Boissons rafraîchissantes, cataplasmes sinapisés à la plante des pieds dans la soirée.

A l'entrée de la nuit le délire se manifesta, le malade cherchait constamment à sortir de son lit; la face devint vultueuse, les yeux plus rouges, le regard menaçant. On lui mit la camisole, ce qui pendant

toute la nuit le fit vociférer. Le lendemain il était dans cet état, et faisait des efforts incroyables pour se débarrasser de ses liens.

J'ordonnai l'ouverture de l'artère temporale avec recommandation de tirer 6 onces de sang. D'ailleurs même traitement.

Le troisième jour, nuit plus tranquille, moins de délire et point de vociférations.

La face est moins vultueuse, les yeux plus clairs. Quand j'observe le malade il me sourit et a l'air de me regarder avec satisfaction. Je lui demande comment il se porte, il me répond, avec une voix tremblante, *bien*. Il me prie de lui ôter la camisole.

J'ordonne 40 sangsues au-dessous des oreilles et un vésicatoire à la nuque.

Le quatrième jour la raison est un peu revenue, mais on pouvait craindre encore que le délire ne recommençât, car les yeux restaient toujours injectés et chassieux. D'ailleurs la parole et la langue étaient toujours tremblantes. Le soir, en effet, il y eut de l'agitation, d'après le témoignage de la sœur et de l'infirmier. On fit raser la tête, et on la couvrit dans toute son étendue d'un vésicatoire.

Le cinquième jour, mieux très-sensible ; le malade est calme et décoloré, les yeux plus clairs, la raison est rétablie ; réclamation d'aliments.

Les sixième jour et suivants tout rentre dans l'ordre ; mais le malade paraît très-affaibli. J'ordonne quelques aliments légers et des bouillons.

Un peu plus tard, alimentation plus substantielle, et, vers le vingtième jour, cet homme sortit de l'hôpital parfaitement guéri, quoiqu'un peu maigre.

Si maintenant l'on me demande quelle est la quantité de sang que je fais ordinairement sortir de l'artère temporale, je répondrai que cela varie depuis 4 jusqu'à 6 onces.

Quand les accidents sont très-graves et les individus vigoureux, je prescris de porter la déplétion vasculaire jusqu'à cette dernière dose ; mais si les sujets n'offrent pas ces conditions physiques, si d'ailleurs les phénomènes morbides présentent une médiocre intensité, je me borne à quatre onces.

Je n'ai jamais fait pratiquer cette opération chez les enfants, et c'est peut-être là une faute que j'ai commise ; mais si, un jour ou autre, je prenais cette détermination, on doit bien penser que je serai d'autant plus circonspect que la jeunesse des sujets et l'état des forces vitales le réclameront plus impérativement.

En mettant un terme à ces considérations pratiques, je dois dire que la conséquence générale qui dérive des faits que j'ai rapportés, est celle-

ci : que c'est très-mal à propos que les médecins ont, pour ainsi dire, laissé tomber en désuétude, dans le traitement de la méningite aiguë, la saignée de l'artère temporale et l'application des vésicatoires sur la tête, car il est de toute évidence que ces agents thérapeutiques sont d'une utilité incontestable quand on sait les mettre en usage avec opportunité.

Après avoir déduit cette conclusion, qui découle naturellement des faits cités, nous croyons devoir nous résumer, afin que le lecteur se rappelle sans peine les données importantes qui se trouvent dans cette rapide dissertation. Il y est établi implicitement ou d'une manière explicite : 1° que les saignées veineuses ou capillaires sont loin d'avoir sur la méningite aiguë une action aussi puissante ou aussi salutaire que l'ouverture de l'artère temporale ; 2° que cette opération doit être pratiquée dès qu'on a la certitude qu'on a à combattre une méningite aiguë, et qu'elle devient d'autant plus urgente que les sujets sont plus vigoureux, plus sanguins, plus gravement affectés ; 3° qu'en pratiquant trop tardivement cette opération, on risque de n'en retirer aucun avantage, par la raison qu'on a donné le temps à l'épanchement séro-purulent de se faire, et qu'en pareille occurrence la saignée, de quelque nature qu'elle soit, est incapable de remédier à ces fâcheuses conséquences de l'affection inflammatoire ; 4° qu'à l'égard des vésicatoires, ils ne doivent être mis en usage qu'après les saignées, et qu'on doit d'autant plus en différer l'application que l'excitation locale et générale sont plus grandes ; 5° que les vésicatoires à la nuque ou sur les extrémités une fois indiqués, n'ont jamais, dans les cas portés au suprême degré, l'utilité de ceux qu'on appose sur toute la tête ; 6° que c'est souvent lorsque les premiers ont échoué, que les seconds ont rétabli les malades ; 7° que les uns et les autres peuvent être extrêmement salutaires quand ils sont mis en usage à propos ; que par conséquent c'est à tort que des esprits prévenus ou des théoriciens sophistes les excluent du traitement des inflammations méningo-cérébrales.

B. de Larroque,
Médecin de l'hôpital Necker.



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS DE TUMEURS DE L'ORBITE, PRÉCÉDÉES DE QUELQUES REMARQUES PRATIQUES SUR LES TUMEURS ENKYSTÉES DE CETTE RÉGION,

Par le professeur AUGUSTE BÉRARD, chirurgien de l'hôpital de la Pitié (1).

Les kystes de l'orbite ne sont pas très-fréquents. Beaucoup de médecins n'ont pas eu l'occasion de les observer dans leur pratique privée, et ceux qui sont à la tête du service chirurgical des hôpitaux n'en rencontrent que de loin en loin des exemples. Sur deux à trois mille personnes qui se présentent chaque année à notre clinique ophthalmologique, nous n'en avons vu que deux cas, et encore l'un des deux malades nous avait-il été adressé par M. le docteur Sichel.

Ces kystes, soit simples, soit compliqués de dégénérescence cancéreuse, peuvent se développer dans différents points de l'orbite ; on a remarqué cependant qu'ils étaient proportionnellement plus fréquents à la voûte et au plancher de la cavité que sur les parties latérales. La plupart des désordres fonctionnels qu'ils entraînent après eux sont néanmoins à peu près les mêmes, quels que soient leur origine première et leur mode d'implantation ; le degré d'exophthalmie, le trouble de la vision étant principalement en raison du volume qu'a acquis la tumeur enkystée. Cependant le siége précis de la maladie n'est pas à dédaigner, et, selon les différents rapports que la tumeur enkystée affectera avec les parties environnantes, on pourra être conduit à pratiquer l'opération d'une certaine façon et non pas d'une autre, dans le but de ménager telle ou telle partie importante aux fonctions de l'appareil de la vision. C'est surtout pour les kystes développés sous la voûte orbitaire que les préceptes dont nous parlons acquièrent de l'importance, et ceux-ci vont nous occuper exclusivement dans ce travail.

L'étiologie des kystes avoisinant la paroi orbitaire supérieure n'est pas très-avancée. Le voisinage de la glande lacrymale a paru expliquer à quelques personnes leur développement. Ainsi Schmidt pensait que le liquide n'était que des larmes accumulées, et le kyste, dans le principe, qu'une des cellules du tissu cellulaire qui unit ensemble les *acini* ou grains glanduleux dont la glande est composée, d'où l'expression de *glandula lacrymalis hydatoïda* sous laquelle cet auteur désignait la maladie qui nous occupe. Mais cette manière de voir ne saurait rendre

(1) M. Tavignot, mon chef de clinique ophthalmologique, qui a recueilli et rédigé mes leçons, a également contribué à ce petit travail.

compte de tous les kystes séreux développés dans l'orbite; quelques-uns, en effet, naissent loin de la glande lacrymale et n'ont avec elle aucune espèce de rapport; d'autres prennent bien naissance dans son voisinage, mais n'altèrent en aucune façon la structure de cette glande. On peut donc dire, d'une manière générale, que les kystes peuvent se développer aussi bien dans les autres parties molles de la cavité orbitaire que dans la glande lacrymale elle-même.

Lorsque le kyste séreux n'existe pas seul, mais est accompagné d'un cancer, il n'est pas facile de décider si le cancer n'est qu'une dégénérescence des parois du kyste, ou bien si le kyste lui-même n'est qu'un épiphénomène dans l'évolution de l'autre produit pathologique. Ce qu'il y a peut-être de plus probable dans ce cas, c'est l'indépendance des deux lésions qui existent simultanément.

La cause qui détermine le développement des kystes de l'orbite est environnée de la plus grande obscurité. On a noté seulement dans la plupart des observations publiées par les auteurs, et dont un bon nombre a été rassemblé par Mackenzie, que les malades, à une époque plus ou moins éloignée, avaient reçu un coup, soit sur l'œil, soit autour de l'orbite. Ces violences extérieures auraient-elles eu pour résultat un épanchement de sang et l'organisation d'un kyste au-dessous de ce liquide en aurait-elle été la conséquence? Voilà une hypothèse que l'on peut poser en face des faits cliniques dont nous avons parlé, mais à laquelle on ne saurait encore s'arrêter d'une manière définitive.

Symptômes. — Au début, le malade éprouve dans l'œil un sentiment de gêne, de tension, appréciable surtout dans les différents mouvements oculaires qu'il exécute. La vue n'est pas en général sensiblement altérée, ou du moins le malade ne s'en aperçoit pas encore; la douleur est tout à fait nulle. La sécrétion des larmes n'est pas altérée; la difformité n'existe pas encore. Cependant la tumeur subit un accroissement tantôt lent, tantôt plus ou moins rapide, elle finit par exercer sur l'œil une pression incommode; alors une douleur tensive est accusée dans l'orbite, les mouvements de l'œil deviennent gênés, difficiles, l'axe oculaire est dévié, principalement en dedans, et il y a strabisme convergent; en même temps, et comme conséquence, les malades voient les objets doubles, il y a diplopie; l'œil est chassé graduellement en dehors de l'orbite, et dans les kystes de la glande lacrymale, comme dans ceux développés dans son voisinage, la pression s'exerçant directement de haut en bas, le globe tend à être projeté en bas et à venir tomber sur la joue. Malgré tous ces désordres, l'œil n'est pas sensiblement altéré dans sa forme et sa structure; s'il est encore recouvert par les paupières, la cornée aura conservé toute sa transparence; une

ératite plus ou moins grave se sera développée, au contraire, si les paupières ont été insuffisantes pour protéger cette membrane contre le contact de l'air.

La vision pourra être conservée, quoique modifiée; mais à un certain degré de la maladie, la cécité habituellement complète. Dans les deux observations qui suivent on verra une modification différente dans la faculté visuelle. Un de nos malades était en effet devenu myope, et l'autre presbyte, par les progrès du mal. Cette circonstance, fort curieuse, tient peut-être tout simplement au siége différent du kyste, ou à des variétés dans sa forme et son étendue. La tumeur se développe-t-elle d'abord en arrière de l'œil, elle le chasse directement hors de l'orbite. Le premier phénomène que l'on observe alors, c'est l'allongement exagéré des muscles droits, qui tendent, mais en vain, à faire reprendre à cet organe sa place primitive. Or, par cette tension le diamètre antéro-postérieur de l'œil est diminué; le malade devra dono être presbyte. Le kyste se développe-t-il, 'au contraire, plus en avant, il comprime d'abord le globe oculaire, ne le repousse en avant qu'après un certain temps; aussi, par l'effet de cette pression supéro-inférieure, le diamètre antéro-postérieur de l'œil est-il augmenté, et c'est ce qui rend compte alors de la myopie constatée sur un de nos malades.

Quoi qu'il en soit, arrivée à un certain degré, la tumeur désorganise par pression les parties qu'elle touche, bientôt le nerf optique est détruit, l'œil profondément altéré et la vision abolie pour jamais. Mais les désordres ne s'arrêtent pas toujours là; on a vu un kyste de l'orbite pénétrer dans le crâne par le trou optique et venir couvrir la face inférieure du lobe cérébral dans l'étendue de trois pouces, comme dans le fait cité par Delpech. Il résulte également d'une de nos observations que la paroi orbitaire supérieure peut être altérée par la pression de la tumeur, et en partie détruite de telle sorte, qu'à la longue une communication pourrait être établie entre le crâne et l'orbite. Cette circonstance doit être prise en sérieuse considération; car quoique la marche des kystes de l'orbite soit essentiellement chronique, des désordres pareils à ceux que nous venons de faire connaître sont trop graves pour que l'on ne se hâte pas d'agir dès que le diagnostic a pu être établi.

Diagnostic. — Les kystes de l'orbite pourraient être confondus avec plusieurs maladies analogues; mais il en est d'autres ayant également leur siége dans l'orbite qui ne sauraient donner lieu à une erreur. La paralysie de tous les muscles de l'œil, maladie fort rare, sera facilement distinguée, en ce que l'exophthalmie qui en est la conséquence disparaît aisément par la pression mécanique de la main, tandis que l'exophthalmie dépendant d'un kyste est permanente et durable comme

l'existence du kyste lui-même. Et puis l'œil est complétement immobile dans la paralysie; il jouit habituellement de tous ses mouvements dans le cas de tumeur enkystée. L'exostose et la périostose des parois orbitaires ne sont pas communes également; quand elles existent, on reconnaît ordinairement une cause syphilitique, et d'habitude il existe des exostoses ailleurs, ce qui met sur la voie. Mais ce qui empêchera toute erreur, c'est la sensation perçue par le chirurgien; l'exostose et la périostose ont une certaine dureté au toucher, elles offrent un sentiment de résistance fort différent de la sensation de fluctuation plus ou moins évidente que l'on perçoit dans les kystes.

Cancer de la glande lacrymale. — Le diagnostic n'est pas toujours facile quand le cancer est ramolli, car la fluctuation y est alors douteuse; mais au début, ou lorsqu'il s'agit d'un squirrhe, la forme bosselée de la tumeur, sa dureté considérable, peuvent mettre sur la voie.

Abcès rétro-oculaires. — Ils peuvent en effet venir faire saillie dans la paupière supérieure; mais sont-ils aigus et franchement phlegmoneux, ils s'accompagnent d'une réaction phlegmasique de tout le tissu péri-orbitaire, de rougeur de la peau palpébrale, qui indiquent leur nature; leur marche rapide n'est d'ailleurs pas celle des kystes. Sont-ils chroniques et symptomatiques d'une lésion des os, ils fusent jusqu'à la peau qu'ils décollent ainsi dans une plus ou moins grande étendue, en la rendant violacée; la fluctuation est alors bien plus manifeste que dans les kystes.

Les tumeurs érectiles du fond de l'orbite seront facilement reconnues; d'abord, le plus souvent, elles envoient des prolongements jusqu'à la paupière supérieure, puis il est de la nature de cette maladie d'éprouver des changements qui sont liés à l'état de la circulation. Aussi elles augmentent en général dans tous les efforts que font les malades. L'erreur n'est donc pas possible.

Enfin, je me contenterai de signaler les tumeurs fongueuses de la dure-mère arrivées dans l'orbite, les lipômes de l'orbite, les tumeurs sébacées des paupières, les hydatides, comme des maladies avec lesquelles on pourrait confondre les kystes orbitaires.

Maintenant supposez que le diagnostic reste encore indécis. Eh bien! il nous restera toujours un moyen excellent dans beaucoup de cas pour lever nos doutes, c'est la ponction exploratrice. Cependant la sortie d'un liquide séreux, tout en indiquant la présence du kyste, vous laissera encore dans l'ignorance sur son état de simplicité ou de complication. Le kyste est-il, en effet, multiloculaire, on pourra avec le trocart n'évacuer que le liquide d'une cellule, et la tumeur persistera

après. Vous ne saurez donc pas distinguer ce cas de celui rapporté par Todd et par nous d'un kyste coexistant avec un cancer. Ce moyen ne saurait donc lever toute espèce de doute, d'autant plus que s'il existait au-devant du kyste un paquet graisseux, comme cela s'est rencontré dans notre seconde observation, le trocart pourrait bien ne donner issue à aucune goutte de liquide. Mais je suppose la maladie reconnue, la nature du kyste est bien constatée ; reste encore à apprécier avec justesse son siége, sa véritable position, car cela importe beaucoup pour le traitement. La tumeur existe-t-elle entre le muscle palpébral et le globe oculaire, par son développement elle aura promptement refoulé en haut le muscle élévateur de la paupière supérieure, et, dès le début du mal, l'œil, presque complétement laissé à découvert, aura dû s'enflammer. Si l'on vient, de plus, à appliquer la pulpe du doigt sur la tumeur pendant qu'on ordonne au malade de lever la paupière, l'on sent manifestement les fibres du muscle qui font effort pour se contracter. Le kyste est-il au contraire entre le releveur et l'orbite, la paupière peut encore s'abaisser, et lorsqu'elle se relève, le doigt appliqué sur la tumeur ne sent aucune contraction analogue à celle perçue dans le cas précédent. Le muscle ne passe donc pas au-devant. L'importance de ce point de diagnostic est facile à saisir. Comme ce qu'il faut ménager surtout ici c'est le muscle élévateur de la paupière supérieure, si la tumeur passe au-dessous de lui, l'incision devra être faite par la conjonctive ; tandis que dans le cas contraire, c'est par la portion cutanée de la paupière qu'il faudra la pratiquer.

Traitement. Ponction seule.—Elle ne peut être que palliative ; pour qu'elle réussît, il faudrait qu'on laissât dans l'intérieur du kyste une canule à demeure pendant plusieurs jours pour y exciter une véritable inflammation adhésive, comme cela a été fait plusieurs fois avec succès. On pourrait également joindre à la ponction l'injection de vin, de teinture d'iode, etc. Mais tous ces moyens, bons d'ailleurs, ne sauraient s'appliquer à tous les cas : le kyste peut être multiloculaire, compliqué de cancer ; le liquide peut être très-visqueux ; il peut y avoir des hydatides, etc., toutes circonstances qui feront complétement échouer l'opération. Il faut donc avoir recours à d'autres moyens, et les meilleurs nous paraissent être l'incision, l'excision ou l'ablation du kyste.

L'incision. — Une ouverture assez large est faite au kyste ; on laisse écouler le liquide, on s'assure qu'il n'existe pas de loges secondaires, qu'il n'y a pas de dégénérescence des parois ; on met de la charpie dans le fond du kyste et on le laisse suppurer. En général, la récidive n'a pas lieu.

Excision. — L'incision une fois pratiquée, on prend des parois du

kyste tout ce que l'on en peut saisir, et à l'aide de ciseaux on pratique leur excision.

Ablation. — C'est assurément la méthode la plus rationnelle. A la vérité elle est un peu plus longue à exécuter que les précédentes ; mais elle expose bien moins aux récidives. La tumeur existe-t-elle au-dessus du muscle palpébral, comme c'est le cas ordinaire, une incision concentrique à l'arcade orbitaire est pratiquée parallèlement aux fibres de l'orbiculaire. On incise la peau, le tissu cellulaire, le muscle orbiculaire, l'aponévrose orbito-palpébrale, et on arrive sur la tumeur, dont on pratique la dissection. C'est là assurément le temps le plus délicat de l'opération; il faut de grands ménagements pour éviter de léser le globe oculaire, le nerf optique, le sus-orbitaire. Tout cela demande bien des soins. Il faudra se servir successivement du bistouri, des ciseaux, d'instruments mousses, comme une spatule; éviter d'ouvrir la tumeur avant son ablation, ce qui rend peu commode l'usage de l'airigne. Cependant on peut encore quelquefois parvenir à enlever le kyste même quand son ouverture a été prématurément pratiquée; et, dût-on même en laisser dans l'orbite une partie, cela ne doit pas faire perdre tout espoir de guérison.

Les suites de l'opération sont, en général, fort simples : si l'on a observé quelquefois des méningites, ces cas sont rares, et soit par première, soit par deuxième intention, la guérison ne tarde pas à s'effectuer. On voit habituellement, chose digne de remarque, l'œil à moitié perdu pour la vision, reprendre le libre exercice de sa fonction. C'est qu'en effet, une fois le kyste enlevé, l'œil n'est plus comprimé, le nerf optique n'est plus tiraillé par l'exophthalmie, tout rentre donc dans l'état normal.

Kyste et cancer de la glande lacrymale; ablation, guérison.

Obs. I. Le 8 mars, est entré à la salle Saint-Gabriel, n° 4, Franco, trente-huit ans, charretier, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne. Le début de la maladie remonte à trois ans, la cause en est restée inconnue; il n'y a jamais eu d'augmentation ni de diminution dans la sécrétion des larmes; l'œil commença par devenir plus saillant, les progrès du mal ont été lents ; le malade éprouve depuis six semaines seulement des picotements dans la tumeur assez forts pour le réveiller la nuit.

Etat actuel. — L'œil gauche projeté directement en bas atteint à peu près le niveau d'une ligne transversale qui passerait par le milieu du nez. On peut évaluer cette proéminence à 2 1/2 à 3 centimètres. Cependant le globe oculaire ne paraît en aucune façon altéré dans sa forme; il a le volume de celui du côté opposé, jouit de tous ses mouve-

ments, seulement l'espace qui constitue la chambre antérieure est moins considérable ; la pupille est très-peu contractée et notablement rétrécie. La cornée, qui ne paraît pas plus convexe que l'autre, offre à son quart inférieur une exulcération transparente de forme irrégulière. La vision est intacte, seulement le malade est *myope de ce côté*. Les paupières recouvrent complétement l'œil lorsque la contraction de l'orbiculaire est énergique, tandis que dans le clignement ordinaire, la partie antérieure de la cornée leur échappe. La paupière supérieure présente deux convexités bien distinctes séparées par un sillon transversal. La première résulte de la saillie de la tumeur elle-même, la seconde répond à la convexité du globe oculaire. Si l'on invite le malade à relever brusquement la paupière supérieure, le doigt étant appliqué sur la convexité inférieure on sent manifestement la contraction des fibres du releveur. Vient-on maintenant à répéter la même expérience sur la convexité supérieure, rien de semblable ne se rencontre. Il est donc établi que le releveur ne passe pas au-devant de la tumeur. Ajoutez à cela que s'il en était ainsi, la paupière supérieure, fortement bridée en haut par la tumeur comprimant le releveur qu'elle appliquerait contre la paroi orbitaire, serait insuffisante pour couvrir le globe de l'œil.

Par sa partie antérieure, la tumeur avait la forme et le volume d'une noisette, la sensation de fluctuation y était évidente ; mais plus profondément, cette tumeur antérieure semblait se continuer vers le côté externe de l'orbite avec une autre tumeur plus dure, plus résistante, dont le siége primitif paraissait être la glande lacrymale, et la nature un cancer.

16 mars. — Une incision transversale et parallèle aux fibres de l'orbiculaire est pratiquée du grand au petit angle de l'œil. La peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose palpébrale, furent successivement incisés. La tumeur était dès lors à découvert, car le muscle releveur ne se présenta pas, comme on l'avait prévu. C'était une membrane d'un aspect fibreux, offrant la coloration noirâtre propre aux kystes. L'incision pratiquée, il s'en écoula aussitôt, mais en petite quantité, un liquide transparent. Toute la tumeur n'était pas là ; une autre plus dure, et d'un plus gros volume, existait encore dans le fond de l'orbite, plus particulièrement située dans les deux tiers externes. Son extraction fut pratiquée en se servant tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux, et plus volontiers encore d'instruments mousses pour éviter la lésion de la conjonctive, des nerfs optique et sus-orbitaire. La tumeur était formée par un mélange de tissu glanduleux et de tissu encéphaloïde ramolli. L'orbite exploré avec soin pour ne laisser aucun vestige du mal, on s'assura immédiatement que la conjonctive avait été épargnée, l'œil

rentra à sa place ordinaire presque aussitôt, et on constata également que la vision était intacte. Pansement simple.

18. Pas d'accidents; le malade a médiocrement souffert dans l'intérieur de l'orbite, il a dormi la nuit, et actuellement il est sans fièvre. Légère tuméfaction œdémateuse de la paupière supérieure, qui est un peu ecchymosée; la conjonctive oculo-palpébrale offre elle-même dans son tissu sous-jacent les traces évidentes d'une infiltration sanguine.

20. La réunion par première intention ne s'est point effectuée, et aujourd'hui la suppuration du fond de l'orbite s'est établie, elle est de bonne nature, médiocrement abondante.

25. Plus d'ecchymose; la suppuration se tarit de plus en plus, l'œil n'est pas plus proéminent que l'autre, la paupière se relève avec facilité. La coloration de la cornée a disparu; la chambre antérieure paraît agrandie; la vision est conservée, mais l'iris offre une dilatation anormale; la sécrétion des larmes paraît normale. Le malade sort dans cet état le 16 avril.

Kyste simple de la glande lacrymale. Excision. Guérison.

Obs. II. Le 5 juillet est entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 8, le nommé Durand, âgé de vingt-six ans, boucher, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de symptômes de scrofules ni d'affections vénériennes; nous ne trouvons également rien à noter par rapport à l'hérédité. La vue a toujours été fort bonne, lorsqu'il y a dix-huit mois le malade reçut à la région de la pommette le choc violent d'une grosse barre de fer. Quoi qu'il en soit de cette étiologie, toujours est-il que ce ne fut qu'un an après qu'il survint quelques légers troubles de la vue. Son attention une fois éveillée, Durand s'aperçut bientôt que son œil gauche était plus petit que le droit, et que la paupière supérieure descendait plus bas de ce côté que de l'autre. Il n'éprouvait d'ailleurs aucune espèce de douleur; mais ce qui préoccupait vivement notre malade, c'était l'affaiblissement progressif de l'œil, qui arriva à un point tel, qu'un jour, ayant fermé l'œil droit, il ne put plus lire avec l'œil du côté opposé. Peu après, et en même temps que l'organe de la vision devenait impropre à remplir ses fonctions, une nouvelle difformité apparaissait. Le globe oculaire était en effet chassé graduellement de l'orbite en s'abaissant sur la joue. Le malade se décida alors à entrer à la Pitié.

État actuel. — Avec l'œil gauche, et à toutes les distances, le malade distingue le blanc du noir, mais pas assez nettement pour pouvoir lire, et de plus, ce qu'il peut voir il ne le distingue qu'à une distance plus grande que la distance ordinaire; en un mot il est *presbyte*. La

pupille par elle-même est très-bien contractile; pas de strabisme ni de diplopie; l'œil, jouissant de tous ses mouvements, a son volume normal; s'il paraît plus petit, cela tient à l'ouverture moindre des paupières. Les humeurs sont parfaitement transparentes; la paupière inférieure est légèrement déjetée en dehors; la supérieure, un peu plus abaissée que l'autre, ne se relève pas autant malgré les tentatives répétées du malade. Au-dessus de son bord libre se rencontre une légère saillie bosselée qui manque de l'autre côté, et qui est plus prononcée quand le malade ferme les paupières. Pendant la contraction de l'élévateur, il est facile de s'assurer, avec la pulpe du doigt, qu'il ne passe aucune fibre de ce muscle entre la tumeur et la peau. Cherche-t-on à insinuer le doigt entre la voûte orbitaire et le globe oculaire, on rencontre vers la partie moyenne de la région une tumeur arrondie, dure, immobile, paraissant adhérer à la voûte de l'orbite, sans qu'on puisse s'assurer au juste, à cause de la profondeur qu'il faudrait atteindre, si elle envoie des prolongements soit en dedans soit en dehors vers la glande lacrymale. La fluctuation peut y être soupçonnée; à l'aide du moyen indiqué déjà, on s'assure que le muscle releveur passe au-dessous de la tumeur.

11 juillet. L'opération est pratiquée à l'aide d'une incision concentrique à l'arcade orbitaire, et à peu près parallèle aux fibres de l'orbiculaire; la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose palpébrale seuls se présentent d'abord, puis au-dessous d'eux apparaît une languette adipeuse qui peut faire présumer un instant qu'on a affaire à un lipôme. Il n'en était rien, car c'était le tissu cellulaire graisseux de l'orbite qui avait été chassé au dehors par les progrès de la tumeur. Cette première tumeur enlevée, il en apparut une seconde d'un aspect noirâtre, et qui avait toutes les apparences d'un kyste. Autant que l'on put, tout d'abord, en juger, ce kyste adhérait fortement à la voûte de l'orbite. On l'incisa largement, et il en sortit une substance albumineuse semi-liquide, très-visqueuse. Il fut alors plus aisé de limiter les parois de ce kyste, qui affectait une forme elliptique d'avant en arrière et pouvait loger au moins un œuf de pigeon; à l'aide du doigt introduit dans sa cavité, on constata qu'il adhérait intimement à la portion orbitaire du frontal, qu'il avait même détruit partiellement et rendu irrégulier. En explorant le côté externe on put parcourir la fossette lacrymale sans y rencontrer la glande.

La partie antérieure du kyste est excisée dans la plus grande étendue possible. C'était là en effet la seule indication à suivre, car il eût été illusoire de chercher à détacher la portion adhérente à l'orbite, et qui s'était tellement confondue avec le tissu osseux qu'elle n'en était plus distincte. A l'aide de bandelettes de diachylon on tenta la réunion par première intention.

15. Il s'est développé depuis l'opération une large infiltration sanguine de la paupière supérieure, ce qui empêche de découvrir l'œil d'une manière complète. La tentative de réunion immédiate a complétement réussi. Il n'est survenu, du reste, aucun accident depuis l'opération. On combat à l'aide de frictions mercurielles une légère tuméfaction sub-inflammatoire environnant l'orbite.

20. Rien n'est survenu de fâcheux; l'ecchymose a tout à fait disparu; les paupières sont parfaitement libres et mobiles; l'œil est également mobile dans tous les sens. La pupille parfaitement contractile, la vision n'est pas encore parfaitement nette, mais elle est meilleure qu'avant l'opération. Le malade voit de ce côté à la même distance que du côté opposé, il n'est donc plus presbyte.

Le 22 il demande sa sortie. A. Bérard.

UN MOT SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE FER DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE.

Depuis que M. Velpeau a mis en usage le sulfate de fer dans le traitement de l'érysipèle, il s'est présenté dans son service un grand nombre de cas où l'emploi de ce moyen nouveau a pu être essayé. Jusqu'ici l'expérience paraît démontrer que le sulfate de fer, soit en pommade, soit en solution et dans de certaines proportions, est effectivement le seul topique qui arrête l'inflammation érysipélateuse. M. Velpeau emploie la solution martiale de préférence sur toutes les régions où il est facile de tenir des linges mouillés en contact avec les parties malades. Cette solution est composée de 10 grammes de sulfate de fer pour 150 grammes d'eau, ou 30 grammes pour 500 grammes. Pour lui, cette forme de médicament est la meilleure. Mais quand il est trop difficile ou trop embarrassant d'envelopper les parties de linges mouillés, ce chirurgien se sert de la pommade dite *martiale*, et qui est composée de 10 grammes de sulfate de fer pour 30 à 40 grammes d'axonge lavée ou de beurre frais.

Un embarras se présente dans la pratique eu égard à l'emploi de ces deux formes du médicament. En effet, la solution rouille profondément le linge qu'on en imbibe; et, pour les hôpitaux surtout, c'est là un inconvénient sérieux. Jusqu'ici on n'a trouvé qu'un seul moyen de décolorer le linge ainsi taché. Ce moyen, c'est une solution de sulfure de potasse, indiquée par M. Félix Darcet, alors interne de M. Velpeau. Malheureusement ce liquide est d'une odeur très-désagréable et d'un emploi qui aura pour cette raison de la peine à se généraliser.

La pommade est difficile à bien faire. Le sel ferreux tend continuellement à se cristalliser dans la graisse, si bien que cette pommade prend bien vite sous le doigt un aspect sablonneux et cesse d'être homogène. Cependant, avec des précautions, le pharmacien parvient à en faire de parfaitement douce et d'un emploi commode.

Si c'est la solution qu'on emploie, il faut en tenir des linges imbibés sur toutes les régions enflammées, et les mouiller du même liquide quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Avec la pommade on fait des onctions quatre ou cinq fois, également dans le même espace de temps.

Au moyen de ces topiques, une plaque d'érysipèle étant donnée, dure rarement au delà de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. La peau perd tout aussitôt de son aspect luisant et tendu, l'épiderme ne tarde pas à se plisser légèrement, à se fendiller; la peau se détuméfie; la douleur et la chaleur s'éteignent; la maladie, en un mot, disparaît positivement dans l'espace de temps indiqué.

Mais, à ce sujet, M. Velpeau insiste sur les caractères spéciaux de l'érysipèle; il tient absolument à ce que cette inflammation ne soit plus confondue avec l'angioleucite, le phlegmon diffus, la phlébite celluleuse, et même avec l'érythème. Dans toutes ces autres phlegmasies, en effet, rien n'autorise à croire que le topique ferrugineux puisse être utile; ce n'est pas à elles du moins que l'inventeur entend l'adresser jusqu'à présent. Ainsi donc, l'érysipèle, pour le chirurgien de la Charité, est caractérisé par une inflammation diffuse sans gonflement notable du tissu sous-cutané, s'étalant insensiblement d'un point sur l'autre, de manière à ce que ses bords soient pour le moins aussi rouges, aussi intenses que sa partie centrale; de manière surtout que sa circonférence soit limitée par une sorte de petit bourrelet, de bordure légèrement festonnée, et de telle façon qu'à un millimètre en dehors de cette bordure la peau semble être parfaitement saine, tandis qu'à un millimètre en dedans elle se trouve aussi vivement enflammée que partout ailleurs. C'est ce ***liséré***, cette ***bordure festonnée*** qui, pour M. Velpeau, est le caractère pathognomonique de l'érysipèle. Hors de là, à quelques rares exceptions près, il s'agit d'inflammations de toute autre espèce, ou au moins d'érysipèles compliqués d'inflammations d'une autre nature.

Une autre remarque non moins importante, c'est que M. Velpeau n'entend attaquer, au moyen du sulfate de fer, l'érysipèle qu'à titre d'inflammation. Ce qui est relatif à cette maladie dans l'état général du malade, dans les causes morbifiques internes qui la produisent, n'a rien à démêler, on le conçoit, avec l'emploi du topique. Il en résulte que si l'érysipèle est accompagné d'un trouble général intense grave, s'il dé-

pend évidemment d'une cause interne, que si l'érysipèle, comme inflammation, n'est pas la maladie principale, M. Velpeau n'emploie pas, ou n'emploie du moins que comme un accessoire le topique ferrugineux. Mais, au contraire, si l'érysipèle, comme maladie locale, paraît jouer le principal rôle, la solution ou la pommade martiales sont mises en usage avec des résultats incontestablement avantageux.

Une troisième remarque, c'est que la durée de l'érysipèle ne peut être bien appréciée qu'en tenant compte du nombre de plaques successives qui le composent et de la durée de chacune d'elles. Ainsi, un érysipèle de la face qui débute par le front ne durerait, abandonné à lui-même, que de trois à cinq jours, si aucune plaque nouvelle ne venait à s'établir sur les autres régions du visage, attendu que c'est là la durée ordinaire d'une plaque d'érysipèle une fois établie. Mais, comme après le front, le nez, les paupières, les joues, les tempes, les oreilles et le reste de la tête se prennent successivement, il faut ajouter la durée de chacune de ces plaques à la durée de la plaque initiale. Cela fait, on le conçoit, une durée totalo qui sera d'autant moindre que toutes les régions malades auront été prises plus rapidement, et d'autant plus considérable, au contraire, que les plaques érysipélateuses auront mis plus de temps à se succéder. C'est faute d'avoir fait attention à ces faits, dit M. Velpeau, que tant de topiques ou de remèdes ont été vantés contre l'érysipèle, quoiqu'en réalité ils ne modifient en rien cette inflammation. En effet, qu'une médication quelconque soit employée contre un érysipèle qui envahit le premier jour, du premier coup, toutes les parties qui doivent être affectées, et ce topique pourra acquérir vite une grande réputation, car l'érysipèle ainsi traité ne durera que quatre à cinq jours. Qu'on l'applique, au contraire, sur un érysipèle dont les différentes plaques ne s'établissent qu'à un ou deux jours de distance, et quand il en survient ainsi quatre, cinq et six successivement, il est clair que le topique paraîtra plutôt nuisible qu'utile, parce que l'érysipèle aura alors une durée totale de dix à quinze jours.

C'est en tenant compte de toutes ces particularités et après un examen approfondi de la marche, des caractères et de la nature de l'érysipèle, que M. Velpeau en est venu à conclure que le sulfate de fer était jusqu'à présent le seul topique qui eût une action incontestable sur l'inflammation érysipélateuse. Si donc ce topique est maintenu avec les précautions indiquées sur le front ou sur les joues, ou sur quelque autre région affectée d'érysipèle, on peut être sûr que l'inflammation ne persistera pas dans ces endroits plus de un à deux jours. Malheureusement cela n'empêche pas toujours l'inflammation de s'étaler et de parcourir les autres régions qui n'en ont pas été atteintes d'abord; particularité que l'on

comprend d'ailleurs en réfléchissant que l'érysipèle est le plus souvent l'effet d'une cause très-générale et que les topiques ne pourront jamais atteindre. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on obtient par là une diminution de la douleur, du gonflement, et qu'en tant qu'inflammation l'érysypèle peut être arrêté au moyen de ces préparations.

ACCOUCHEMENTS.

SUR QUELQUES CAS D'ÉPUISEMENT ET DE MORT DÉTERMINÉS PAR DES VOMISSEMENTS OPINIATRES PENDANT LA GROSSESSE. — Y A-T-IL QUELQUE RESSOURCE ULTIME A EMPLOYER DANS CES CAS DÉSESPÉRÉS ?

La plupart des femmes, comme chacun le sait, sont affectées, dès le début de leur grossesse, de vomissements plus ou moins répétés, qui, le plus ordinairement, cessent brusquement d'eux-mêmes à une certaine époque, quatre à cinq mois, souvent bien plus tôt, pour reparaître quelquefois vers le huitième mois.

Ces vomissements qui se manifestent dans la première période de la grossesse, sont déterminés, comme chacun le sait encore, par la réaction symphatique de l'utérus sur l'estomac, tandis que ceux de la seconde le sont par la gêne mécanique que l'estomac éprouve lorsque l'utérus, ayant acquis son summum de développement, a envahi presque toute la cavité abdominale.

Le plus ordinairement, dans ces cas, ni la santé de la mère, ni celle du produit, ne sont influencées d'une manière fâcheuse.

Malheureusement, les choses ne se passent pas toujours aussi favorablement, et les auteurs ont rapporté un assez grand nombre de faits où les vomissements opiniâtres, résistant à tous les moyens ordinaires, furent si persistants, qu'aucun aliment, même liquide, et pris en très-petite quantité, ne pouvait être gardé par l'estomac ; à tel point que l'émaciation la plus prononcée et la mort ne tardèrent pas à suivre rapidement un semblable état de choses.

Les accidents suivis d'une issue aussi funeste sont fort rares ; cependant, le petit nombre qu'on en peut citer suffit pour éveiller au dernier point toute la sollicitude de l'accoucheur.

Dans cette dernière catégorie de faits, la réaction de l'utérus à l'état sain ne peut être invoquée à elle seule comme cause de phénomènes aussi graves ; en effet, dans les cas où la mort a permis d'en rechercher la

cause, on a très-souvent trouvé une lésion plus ou moins prononcée de l'utérus et de la caduque.

Dance (*Répertoire général d'anatomie et de physiologie*, 1827) en a rapporté deux observations, que je vais analyser le plus succinctement possible, et qui confirment cette manière de voir. Nous en devons aussi une à M. le professeur Breschet.

Obs. I. Vomissements opiniâtres sans fièvre, suivis de la mort, après trois mois de durée; grossesse de trois mois et demi; inflammation non équivoque de la membrane caduque; aucune lésion dans l'estomac. — Une jeune fille, nommée Pepin (Sophie), âgée de vingt-un ans, maigre, nerveuse et irritable, entre à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1826. Elle raconte que depuis trois mois et demi ses règles n'ont pas paru; que peu de temps après, elle a ressenti de la pesanteur et de la douleur à la région épigastrique, sans que sa santé en fût notablement altérée; mais que depuis deux mois environ, elle éprouve des vomissements presque continuels, et qu'elle rend à peu près tous les aliments qu'elle prend; les boissons même sont rejetées et ne restent guère plus d'un quart d'heure dans l'estomac. Peu à peu elle s'est vue réduite à ne prendre que quelques cuillerées d'une boisson émolliente; elle est tombée dans un état de maigreur assez marqué, sa face est altérée, ses yeux sont devenus caves. Elle se plaint continuellement d'un goût de fadeur qui semble partir de l'estomac; sa langue est cependant molle, humide, large, sans rougeur à ses bords. Le médecin qui lui a donné des soins en ville ne lui a jamais trouvé de fièvre; nous n'en trouvons nous-mêmes aucune trace dans l'état du pouls et dans celui de la peau; la pression épigastrique n'est point douloureuse; le sommeil est généralement mauvais, la constipation habituelle; les vomissements surviennent indifféremment la nuit ou le jour; ils sont précédés d'un sentiment incommode de tournoiement à l'épigastre, et consistent en un liquide légèrement verdâtre, transparent et en petite quantité. Plusieurs moyens ont été employés en ville contre des vomissements aussi rebelles, tels que l'application de sangsues à l'épigastre, de la glace à l'intérieur et en application sur la région de l'estomac. Tout a été infructueux. Le 16 avril, on essaye la potion de Rivière; mais elle est rejetée comme les autres liquides. Le 17, un emplâtre thériacal fortement opiacé est appliqué sur le creux de l'estomac. Le 18, les vomissements continuent avec la même intensité; on tente l'emploi de l'oxyde de bismuth à la dose de 3 décigrammes, mais ce médicament est vomi comme les autres; du reste, la malade est toujours sans fièvre. Le 19, on pratique sur l'épigastre des frictions avec un lavement laudanisé; on administre l'eau de Seltz gommée. Les vomissements se reproduisent avec une opiniâtreté extrême à la moindre gorgée de liquide que la malade cherche à avaler. On supprime les boissons; pendant 24 heures, ce moyen paraît réussir, mais le 20 et le 22, les vomissements reparaissent spontanément avec une grande intensité; on essaye la magnésie calcinée, mais en vain. Le 25, l'état de la malade n'ayant pas changé, on revient à la glace, mais sans plus de succès. Le 29, on prescrit deux pastilles de bicarbonate de soude : les vomissements semblent redoubler. Le 2 mai, 30 sangsues à l'épigastre; amélioration passagère. Vésicatoire sur cette région; on suspend l'administration des médicaments internes. Le pouls a

pris un peu de fréquence, surtout vers le soir; la malade maigrit de jour en jour; la face est abattue; aucun aliment solide n'est digéré depuis longtemps. Vers la fin de mai, l'état de la malade s'aggrave; depuis quelque temps, on s'aperçoit que l'hypogastre commence à être soulevé par une tumeur arrondie qui s'accroît de jour en jour, ce qui confirme les soupçons de grossesse qu'on avait eus dès le principe. Enfin, le 1er juin, les symptômes les plus alarmants se déclarent; le pouls a pris une fréquence considérable; un léger délire se manifeste, accompagné de carphologie. La malade succombe le 2, à 11 heures du matin.

Autopsie faite 22 *heures après la mort.* Organes cérébraux et thoraciques dans l'état naturel.

Abdomen. L'utérus sans altération évidente. Il n'en était pas de même des membranes du fœtus : le chorion et l'amnios conservaient, il est vrai, leur transparence dans toute leur étendue, mais entre l'utérus et la membrane caduque, ou plutôt entre les cellulosités de cette membrane, on voyait des concrétions pseudo-membraneuses formant une couche d'une à deux lignes d'épaisseur. Entre le placenta et l'utérus existait également une couche de pus concret qu'on soulevait sous forme de flocons jaunâtres, avec le dos du scalpel. Le fœtus était en deuxième position; il avait 6 pouces de longueur; son épiderme ne se détachait pas; les chairs étaient fermes, il paraissait avoir vécu autant que la mère. L'estomac ne présentait aucune altération notable, et n'offrait à l'intérieur qu'une teinte légèrement ardoisée; les autres organes abdominaux très-sains.

Obs. II. *Vomissements opiniâtres survenus au commencement de la grossesse, mortels après trois mois et demi de durée; mollesse et amincissement anormal des parois de l'utérus. Engorgement sanguin de son tissu et de la membrane caduque; conformation particulière de son col. Très-faibles lésions dans l'estomac.* — Aglaé Leroy, âgée de vingt ans, couturière, attendait ses règles le 20 novembre dernier (1824), mais elles n'ont pas paru comme à l'ordinaire. Peu de temps après, elle a été prise de malaise, de maux de tête, d'anorexies, d'envies de vomir et de vomissements de matières bilieuses. — Dans les premiers jours de décembre, on lui fit prendre un vomitif dont elle ne retira aucun soulagement. Plus tard, on appliqua quelques sangsues sur l'épigastre; mais ne se sentant point soulagée, elle entre à l'hôpital le 30 décembre 1824. Pendant les deux premiers jours, on se borna à faire une médecine expectante. On interroge de nouveau la malade; on apprend qu'elle s'est exposée à devenir enceinte. On soupçonne une grossesse commençante. Elle continue à éprouver des maux de tête, des vomissements fréquents de matières jaunâtres qui sont rejetées avec beaucoup d'efforts; la peau conserve la température ordinaire; le pouls n'est point fréquent; l'épigastre est un peu douloureux à la pression; la langue est humide, faiblement bordée en rouge. 2 ventouses scarifiées, appliquées à l'épigastre, n'apportent aucun soulagement. Le 4 janvier, après des efforts répétés de vomissements, la malade éprouve de la toux et un sentiment de chaleur et de déchirement dans la poitrine. Petite saignée qui fait disparaître ces nouveaux accidents. Le 5, les vomissements persistent avec la même intensité; langue pâteuse, bouche amère (potion de Rivière). Le 6 et le 7, aucun changement (10 grains de magnésie). Le 16, les vomissements sont moins violents; quelques cuillerées de bouillon peuvent être supportées, mais les vomissements

reparaissent dès que la malade veut prendre quelques aliments solides. Le 17 janvier, et jusqu'à la fin du mois, les vomissements diminuent sensiblement sous l'influence de la magnésie, mais vers le commencement de février, ils reparaissent avec la même intensité que précédemment. On essaye inutilement la magnésie à une dose plus élevée. Le 6 février, la face est abattue, amaigrie. On touche la malade afin d'explorer l'état de l'utérus, et l'on trouve le col de cet organe beaucoup plus bas que d'habitude; un corps plus pesant commence à proéminer au-dessus du pubis (eau pure). Le 8, l'abattement est le même. Des vomissements fatigants se succèdent sans relâche; aucune boisson ne peut être avalée sans provoquer des spasmes épigastriques suivis de leur expulsion. La malade demande un peu de cidre, qu'elle supporte momentanément. Le 9, l'état de la malade s'aggrave. Les 11 et 12, elle présente les symptômes les plus alarmants; le pouls, qui était resté calme, est devenu petit, irrégulier; les extrémités se refroidissent, les yeux sont renversés. Elle succombe le 12, sans éprouver ni délire ni convulsions.

Autopsie faite le 14. — Aucune lésion appréciable dans les organes encéphaliques et pectoraux. Muqueuse gastrique dans l'état naturel; le reste du canal intestinal est dans l'état naturel.

L'utérus commençait à faire saillie au-dessus du pubis; il avait 5 pouces et demi de hauteur sur 3 de large au niveau de son bas-fond; en palpant cet organe, on le trouvait flasque comme une vessie à demi remplie de liquide. Ayant fait une incision sur le milieu de son corps, on remarqua que ses parois avaient à peine une demi-ligne d'épaisseur; qu'elles présentaient une mollesse insolite, accompagnée d'un engorgement sanguin qui donnait au tissu de la matrice une teinte rouge violacée qui s'étendait jusque dans les cellulosités dont est composée la caduque utérine. Chorion et amnios sans lésion évidente.

En présence de faits aussi graves, et que je vais bientôt encore confirmer par deux faits tout récents, n'est-il pas désespérant, après avoir épuisé tous les moyens conseillés en pareil cas, de rester simple spectateur des ravages effrayants et rapides de cette terrible affection ? Cette femme, qui implore votre appui, naguère brillante de santé, souvent déjà mère, objet de l'affection de ceux qui l'environnent, la voilà vouée à une mort certaine, sans qu'un effort désespéré soit tenté pour l'arracher au trépas!

Certes, c'est une cruelle position pour l'homme de l'art, et devant laquelle on comprend qu'il puisse reculer, que de se voir dans la nécessité de faire le sacrifice de l'enfant pour tenter en faveur de la mère une dernière ressource. Mais qu'on pèse bien mûrement tout ce qui se rattache à une question aussi grave, et je crois qu'on pourra établir que sacrifier le produit, dans ce cas, c'est se conformer aux devoirs les plus sacrés de l'humanité.

En effet, la mort qui va bientôt saisir la mère entraînera aussi la perte du produit; alors, dans tous les cas, à moins que la nature ne vienne à

triompher des accidents, ce qu'on ne peut guère espérer à une époque aussi avancée de la maladie, la mort du fœtus est certaine. Si, au contraire, on intervient assez à temps, les conditions pour le produit sont les mêmes, mais la mère peut être sauvée. Je ne me dissimule pas toutes les objections que peut faire naître ce parti extrême, je me les suis faites toutes à moi-même.

Ainsi, avant la fin du troisième mois, il est le plus souvent fort difficile d'établir qu'il y a grossesse ; on s'expose donc alors, si la femme n'est pas enceinte, à pratiquer sur elle, sans aucun résultat, une opération qui peut lui être préjudiciable.

Je répondrai d'abord que, dans les deux cas déjà cités, la grossesse avait atteint ou dépassé ce terme ; que, de plus, l'autopsie vint vérifier le diagnostic ; que, de plus, il n'y a pas d'exemple que la mort soit survenue à la suite de ces vomissements avant que le troisième mois soit accompli, et que c'est ordinairement bien après cette époque qu'arrive une issue aussi funeste ; aussi ne se trouvera-t-on jamais dans la nécessité de prendre un parti avant ce terme.

Mais la grossesse, même à cette époque, est-elle toujours bien facile à constater d'une manière certaine? Non, sans doute, dans les cas ordinaires ; mais dans de semblables circonstances, les vomissements eux-mêmes sont un signe qui vient donner une immense valeur à tous les autres caractères de la grossesse, auxquels il vient se joindre, et desquels aussi il reçoit lui-même une plus grande force.

En effet, quelle lésion d'organe pourrait entraîner des vomissements si répétés et si rapidement mortels, vomissements de liquide clair, limpide, ou composés de substances alimentaires, et qui accompagneraient tous les signes de présomption et de probabilité qui permettent d'établir l'existence de la grossesse? Ce ne sera pas le cancer de l'estomac ; la nature des vomissements, leur résistance, l'âge de la malade, l'absence de fièvre, de douleur épigastrique, d'une tumeur dans la même région, enfin la coïncidence de tous les premiers signes de la grossesse permettent d'établir le diagnostic différentiel.

Ce ne sera pas non plus une gastralgie ; rien de semblable à ce qu'on constate dans le cas qui nous occupe ne se manifeste dans cette affection; une hernie étranglée, un étranglement interne, un ramollissement cérébral, etc., etc., toujours dans ces cas le diagnostic différentiel sera possible ; il ne pourrait y avoir d'obscurité que dans le cas où une de ces affections se manifesterait dans un commencement de grossesse, et cela ne pourrait pas avoir lieu pour les vomissements déterminés par le ramollissement cérébral, mais pour la hernie étranglée et l'étranglement interne, et encore l'erreur ne pourrait être que de courte durée.

Enfin, peut-on encore objecter, la nature aurait peut-être triomphé des accidents, si vous n'aviez pas opéré, et vous auriez alors ménagé les intérêts de l'un et de l'autre. Il n'est pas impossible que la nature triomphe de ces accidents; mais cela est si rare quand l'affection est parvenue à cette période, qui précède de fort peu la mort, que cette éventualité ne peut véritablement pas faire reculer.

Mais alors, si vous attendez pour agir que cette période extrême soit arrivée, pourra-t-on encore alléguer, vous opérerez dans de mauvaises conditions, et il est probable que la malade n'en succombera pas moins. Cette objection a certainement une très-grande valeur. Il est bien certain que l'opération, pratiquée dans des circonstances semblables, ne sera pas toujours couronnée de succès; mais cependant ce n'est pas une raison pour ne la pas tenter, quand cette opération est la seule planche de salut qui reste à la mère, vouée à une mort certaine ainsi que son enfant.

Sans doute les tentatives de l'art ont leurs limites; ce n'est que lorsqu'il est bien démontré que la nature est insuffisante, qu'il est permis de se substituer à elle; agir plus tôt, ce serait faire un étrange abus des devoirs imposés à l'homme de l'art; cette conduite cesserait même d'être irréprochable.

Mais ce que je dirai d'une intervention prématurée, ne pourrait-on pas le dire d'une expectation indéfiniment prolongée? Ne serait-ce pas manquer au mandat qui nous est confié et aux lois de l'humanité, que de négliger la seule chance de salut laissée à la mère? Et certes, s'il est du devoir du chirurgien, dans les cas complétement désespérés, de s'abstenir de s'armer de cette courageuse résignation qui distingue le véritable praticien, il est aussi de son devoir d'intervenir quand l'art lui en fournit la possibilité, et qu'un rayon d'espoir luit encore. Bien entendu que celui qui prendrait une semblable résolution ne devrait agir qu'après s'être éclairé de l'avis de plusieurs confrères, qui, de plus, devraient assister à l'opération.

Enfin, il faut supposer qu'on se serait trompé sur l'existence de la grossesse, et qu'on aurait tenté l'opération sur un sujet en vacuité, quoi qu'on ne puisse guère admettre la possibilité d'une semblable erreur. Qu'arriverait-il? l'erreur deviendrait manifeste dès les premières tentatives, et les moyens employés ne seraient, en aucune manière, de nature à aggraver les accidents.

Ainsi, l'administration du seigle ergoté en lavement, l'introduction d'une petite éponge préparée dans le col de l'utérus, l'application du tampon, la rupture même des membranes, si ces membranes peuvent être facilement atteintes, seuls moyens qu'on doive employer en pareil

cas, ne devront jamais, dans le cas d'insuecès, être regardés eomme eauses de la mort, que la malade soit ou non eneeinte.

Deux fois, depuis novembre 1843, je fus consulté pour des circonstances exactement semblables, et j'osai, en vertu des raisons que je viens d'exposer, faire valoir quelques motifs en faveur de l'opération.

M. le docteur Tiger nous fit appeler, M. Honoré et moi, auprès d'une de ses parentes qui avait dépassé le quatrième mois de sa grossesse. Elle était déjà mère d'une fille âgée de huit ans. La santé de eette dame fut habituellement bonne jusqu'à eette seconde grossesse, pendant laquelle se manifestèrent des vomissements tellement opiniâtres, qu'elle fut réduite rapidement à une maigreur excessive.

Quand nous la vîmes, 3 novembre 1843, l'état de la malade faisait craindre une issue promptement funeste. Tout avait été mis en usage pour eombattre les accidents, mais en vain. Quelques jours avant, M. Chomel et M. Dubois avaient été consultés. La cause des désordres fut constatée par ces professeurs distingués, et la grossesse fut mise aussi hors de doute. M. Chomel, armé de cette confianee que donnent le succès habituel et une pratique immense, entrevit une chance de salut pour la malade; il proposa de mettre fin à la grossesse. M. P. Dubois allégua que l'urgence du eas ne légitimait pas l'emploi de ce moyen. On s'en tint done aux banalités du traitement habituel.

Fort de l'autorité de M. Chomel, nous eonseillâmes de nouveau de tenter une dernière ressouree, qui, malheureusement, laissait moins de chances de salut, l'état de la malade s'étant beaucoup aggravé depuis quelques jours.

Néanmoins, nne réunion avec M. Morean et M. Baudelocque fut convenue pour le lendemain de grand matin, dans laquelle l'opération eût été pratiquée immédiatement, si elle avait reçu l'assentiment de ees habiles aecoucheurs.

La malade expira dans la nuit.

Le 19 avril 1844, M. le docteur Brineau, médecin de l'hôpital civil et militaire de Saumur, me fit l'honneur de m'écrire pour me eonsulter snr nn eas entièrement semblable. Je me borne à transerire le passage de sa lettre qui traite du cas qui nous occupe.

« Une femme de vingt-sept ans, enceinte de trois mois et demi, est affectée depuis deux mois de vomissements si rebelles, que maintenant l'estomae rejette absolument toute substanee, même l'eau prise en très-petite quantité. Il y a eommeneement de marasme, faiblesse extrême, angoisse, fièvre irrégulière, marquée par des redoublements quotidiens de 120 à 140 pulsations, etc. Il est possible que la mort ait lieu d'ici à quelques jours : tous les moyens usités ont été employés sans succès. La

malade a eu un enfant, il y a sept ans, après une grossesse et un accouchement heureux : il n'y a eu aucune fausse couche depuis.

« Un officier de santé qui soigne la malade et un docteur appelé en consultation, ayant reconnu l'inutilité du traitement, et regardant la mort comme certaine, ont eu l'idée de provoquer l'expulsion du produit. Appelé par eux pour décider cette grave question, je n'ai pas osé la trancher ; mais vous, monsieur, que pensez-vous de cette opération ? seriez-vous d'avis de la pratiquer ? etc., etc...... Je ne dois pas vous laisser ignorer que l'un de nous a dû en écrire à M. le professeur Paul Dubois. »

Placé sous l'impression si fâcheuse du fait qui précède, et espérant prévenir un résultat semblable, je répondis immédiatement, qu'en présence de circonstances aussi graves, la fin devait justifier les moyens, et que cette opération était la seule chance de salut, si l'état de la malade permettait encore de la tenter.

Quelque temps après, j'appris par une seconde lettre de M. le docteur Brineau qu'une légère amélioration avait fait différer l'opération ; mais cette lueur d'espoir, malheureusement, ne fut que passagère, et la malade succomba environ un mois après la consultation, au milieu du délire et dans le dernier degré de marasme.

Quant à M. le professeur P. Dubois, qui rendit sa réponse publique à la clinique, il exposa, avec le talent remarquable que chacun lui connaît, le pour et le contre, laissant les médecins de Saumur libres d'attendre ou d'agir.

Espérons cependant que l'autorité d'un aussi grand nom viendra un jour fixer nos incertitudes sur une question aussi grave.

CHAILLY-HONORÉ.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

TROISIÈME LETTRE SUR LES INCONVÉNIENTS DE L'USAGE PERMANENT DES SONDES DANS L'URÈTRE,

Par M. CIVIALE, chirurgien chargé du service des calculeux à l'hôpital Necker.

Monsieur le rédacteur,

Si la manie d'innover, en thérapeutique, a de grands inconvénients, comme j'ai essayé de le démontrer dans ma dernière lettre, la routine

en a d'autres dont la portée est immense. Les hommes même les plus éclairés ne paraissent pas avoir échappé à son influence. Nous les voyons chaque jour tantôt se renfermer dans le cercle étroit et souvent vicieux d'une pratique dont l'expérience a cependant fait ressortir l'inutilité, et tantôt persister dans l'emploi de procédés que l'on sait être semés de dangereux écueils. Je citerai à cet égard quelques faits relatifs aux maladies les plus communes des voies urinaires.

Les sondes à demeure étaient, il y a peu d'années encore, employées comme méthode générale contre les rétrécissements urétraux, les fistules urinaires, la rétention et l'incontinence d'urine, suite d'une atonie vésicale ou de lésions organiques soit du col, soit du corps de la vessie. Dans ce grand nombre de cas, de nature si variée, les sondes à demeure sont destinées à remplir des indications diverses : elles agissent ici comme moyen de dilatation, là comme agent stimulateur; mais le plus souvent elles ont pour but de fournir une issue prompte et facile à l'urine contenue dans la vessie. Certains faits pratiques, venus à l'appui des combinaisons plus ou moins satisfaisantes de la théorie, avaient accrédité ce mode de traitement.

Cependant depuis quelques années, l'usage des sondes en permanence a été fort restreint : 1° dans les cas de rétrécissements urétraux, elles ont été remplacées par d'autres moyens, spécialement par les bougies, et les guérisons ont été plus faciles, plus durables, plus exemptes d'accidents; 2° dans ceux d'atonie, de paralysie de la vessie, on a eu recours à d'autres moyens pour stimuler la contractilité du viscère, et ces nouveaux agents, appliqués avec méthode et discernement, ont produit des effets qu'on aurait vainement essayé d'obtenir avec des sondes, dont ils n'ont pas d'ailleurs les inconvénients; 3° dans ceux enfin de fistules urinaires, l'expérience a prouvé qu'on pouvait souvent obtenir la guérison en rétablissant le diamètre du canal et la souplesse des parois urétrales, sans pour cela condamner les malades à supporter pendant des mois entiers une sonde à demeure dans l'urètre. Ce sont des faits d'une haute importance acquis à l'art de guérir, et qui, malgré les cas exceptionnels qu'on rencontre, prouvent que la chirurgie est en progrès. La supériorité de la pratique moderne sur celle de nos prédécesseurs ne saurait être mise en doute.

Malgré cette supériorité incontestable, quelques chirurgiens persistent à employer l'ancienne méthode, et ce qui est plus inexplicable encore, c'est que, sous l'influence des réminiscences d'école ou par l'effet de l'habitude, on se laisse parfois aller à recourir aux sondes en permanence, bien qu'on en connaisse très-bien les inconvénients et les dangers. C'est surtout quand les autres moyens ne répondent pas tout d'a-

bord à l'attente, ou que le résultat tarde trop à se prononcer, qu'on se jette dans les idées excentriques, avec de louables intentions assurément, puisqu'on croit faire mieux, mais aussi avec irréflexion. Je ne parle pas des cas où il y a obligation de se conduire ainsi, où l'inutilité des autres moyens est démontrée et où il y aurait même péril pour le malade si on ne mettait pas une sonde à demeure : ces cas ne sont pas rares, et il s'y rattache une nécessité qu'on doit subir ; jentends seulement ceux où l'on n'emploie les sondes à demeure que dans l'unique espoir de faire mieux. Deux faits récents éclairciront ma pensée.

Un adulte portait un rétrécissement long, dur et peu dilatable de la partie mobile de la verge, accompagné d'induration, de nodusités des parois urétrales. On commença le traitement par des bougies molles introduites tous les jours et chaque fois laissées en place pendant cinq à dix minutes. La dilatation s'opéra ; le malade urinait avec moins d'effort et par un jet croissant. Mais le traitement marchait avec une lenteur dont on s'impatienta. Dès lors on crut convenable de recourir à la sonde en permanence. L'instrument pénètre avec facilité, et quoique d'un très-petit volume, il évacue aisément l'urine. Le malade se sent mieux au bout de quelques jours. On passe une sonde plus forte, qui est supportée de même, et chacun s'applaudit d'avoir adopté ce mode de dilatation. Mais tout à coup le malade éprouve de l'agacement, du malaise ; les besoins d'uriner se rapprochent et ne sont satisfaits qu'avec douleur ; le pénis devient rouge, tuméfié, douloureux au toucher ; un abcès se forme dans l'épaisseur des parois urétrales, au niveau de l'insertion du scrotum. On retire la sonde ; mais le travail inflammatoire n'en parcourt pas moins ses périodes. Il faut ouvrir l'abcès au-devant du scrotum. Une petite quantité de pus s'écoule ; mais l'inflammation se prolonge en arrière et nécessite une seconde ouverture au niveau du bulbe. Pour faciliter le dégorgement, on place un séton qui établit une communication facile entre les deux ouvertures. Cette pratique fut suivie de succès ; mais on ne put qu'au bout de six semaines reprendre le traitement contre la coarctation de l'urètre, et ce qui venait d'avoir lieu n'encouragea pas à recourir de nouveau aux sondes à demeure. Ainsi dans l'espoir de gagner quelques jours, on avait compromis les jours du malade, car l'inflammation marchait avec une rapidité telle, qu'on eut à craindre de ne pouvoir pas la limiter, d'autant plus que la constitution était délabrée.

Un notaire de Bonn vint à Paris il y a quelques semaines pour se faire traiter. Il avait la gravelle et peut-être aussi de petits calculs dans la vessie. Mais cet homme, fort et replet, ne pouvait, en raison de ses fonctions, consacrer qu'un temps limité à son traitement. En le sondant

pour constater le mal dont il était effectivement atteint, je reconnus que l'urètre était rétréci au méat urinaire et sous l'arcade pubienne. Le premier de ces rétrécissements fut détruit au moyen de l'urétrotome. Le malade souffrit à peine, et dès le lendemain une bougie n° 10 passait aisément jusqu'à la seconde coarctation. Celle-ci résista, et pour ne pas perdre de temps, après avoir passé plusieurs petites bougies, je me servis d'une sonde n° 5. L'introduction fut facile et peu douloureuse ; mais au bout de vingt-quatre heures, il se manifesta du malaise, les besoins d'uriner se rapprochèrent, et il y eut de la douleur pour les satisfaire. Au lieu de se calmer par l'emploi des moyens usités en pareil cas, les accidents s'aggravèrent rapidement ; il survint de la fièvre. La sonde fut retirée après quarante-deux heures de séjour. A l'instant même, le malade éprouva un soulagement local ; mais l'état général ne changea pas ; la fièvre, qui avait paru quelques heures auparavant, se reproduisit avec les mêmes caractères, c'est-à-dire avec frisson, chaleur et sueur abondante ; l'appétit ne revint pas, la soif persista ; l'urine, rendue avec facilité et sans douleur, était rare et de couleur orange foncé. On s'inquiéta peu d'abord de cette fièvre d'accès, qui n'est pas rare dans le traitement des maladies des voies urinaires et qui n'a généralement aucune gravité quand on la traite d'une manière convenable. D'ailleurs on pensait que la soustraction de la cause sous l'influence de laquelle le mouvement fébrile s'était manifesté suffirait pour en prévenir le retour. D'autres accès eurent lieu tous les jours, à la même heure, avec plus d'intensité et de durée. Cet état ne pouvait manquer d'inspirer des inquiétudes. Il fut décidé dans une consultation et qu'on administrerait la quinine à haute dose, et qu'on appliquerait des sangsues à l'anus, le malade étant hémorrhoïdaire. Il y eut de l'amélioration, mais peu durable. L'accès revint plus faible, mais plus tôt que les jours précédents et ne fut pas aussi régulier. Une sorte de prostration, qu'on avait déjà remarquée au moment de la période en froid, se prononça davantage. La période de chaleur et de sueur dura le lendemain jusqu'au moment où un nouveau frisson se manifesta. Nous eûmes dès lors à combattre une fièvre pour ainsi dire continue, avec sécheresse à la langue, grande fréquence de pouls et quelques symptômes cérébraux. Tous les moyens qu'on put mettre en usage restèrent sans effet. Ainsi cette fièvre, développée pendant le séjour d'une sonde dans l'urètre, s'aggravait de jour en jour sans qu'on en pût découvrir la cause et malgré tout ce qu'on faisait pour l'attaquer. Pendant huit jours, il ne se manifesta rien du côté des voies urinaires qui pût faire soupçonner que ce fût là le point de départ des accidents : les besoins d'uriner étaient toujours éloignés ; le malade pouvait les satisfaire aisément et sans douleur ; enfin l'urine

ne présentait rien d'anormal, si ce n'est une couleur plus foncée. Le neuvième jour, on découvrit une tuméfaction commençante, avec induration à la partie supérieure de la racine de la verge. Le gonflement gagna la face antérieure du pubis et la partie inférieure de l'abdomen. Bientôt l'induration augmenta, la sensibilité devint de plus en plus vive, le pénis se tuméfia. C'était une infiltration d'urine lente. Une incision large et profonde fut pratiquée depuis le bord supérieur du pubis jusqu'à la racine de la verge. Les tissus divisés étaient indurés et comme lardacés. Il s'écoula non du pus, mais un liquide séreux, mêlé de sang, qui procura un dégorgement immédiat, et le malade se sentit soulagé. On put dès lors exercer une forte pression sans causer de douleur, ce qui n'avait pas lieu auparavant. Les applications émollientes furent continuées; mais l'amélioration ne se soutint pas. Le lendemain, les téguments du pénis étaient noirs, et le gonflement pubien s'était étendu en tous sens. L'examen le plus attentif par le périnée et le rectum ne fit découvrir aucun changement dans l'état normal des parties. Les symptômes généraux, de plus en plus alarmants, ne permettaient pas de douter que l'issue ne fût fâcheuse. En effet, la mort eut lieu le dixième jour. Les parents ne permirent pas l'autopsie.

Ces faits confirment, à l'égard de certains effets des sondes, ce qui était établi par d'autres en grand nombre dont la science est déjà en possession, mais dont on n'a peut-être pas bien apprécié toute la portée. La funeste terminaison du second des cas que je viens de relater contribuera, j'espère, à appeler l'attention des praticiens sur un sujet si digne de méditations et de recherches.

Dans mon *Traité pratique*, j'ai consacré deux articles spéciaux à l'infiltration d'urine et aux abcès urineux sans perforation de l'urètre. J'ai fait voir : 1° qu'en certaines circonstances il suffit d'une irritation passagère ou permanente de l'urètre, sans altérations organiques, même sans rétrécissement, pour que l'urine transsude à travers les parois du canal et pénètre les tissus environnants à une distance plus ou moins grande, sans qu'il soit possible à l'autopsie de découvrir la moindre communication entre la surface interne de l'urètre et le lieu où le liquide a pénétré ; 2° que le contact de l'urine avec les parties qui n'y sont pas accoutumées produit tantôt la simple induration avec épaississement du tissu cellulaire, tantôt un travail inflammatoire par suite duquel s'opère soit une fonte purulente, soit une mortification rapide, la gangrène, suivant la nature ou la disposition spéciale des tissus et la quantité d'urine épanchée ; 3° que le lieu vers lequel se fait l'épanchement urinaire est très-variable, et qu'on l'observe souvent dans des points où on ne l'aurait pas supposé, particularité dont rendent raison jusqu'à un certain point

les recherches anatomiques entreprises dans ces derniers temps sur la disposition des aponévroses périnéales.

On ne peut pas admettre que chez les deux malades dont j'ai donné précédemment l'histoire les parois de l'urètre aient été lésées par la sonde, puisque l'introduction de l'instrument fut faite avec le plus grand soin, et que d'ailleurs elle ne présenta aucune difficulté. Dans ces deux cas, aussi bien que dans ceux où, à la suite de l'emploi des bougies molles, on a observé également des transsudations urineuses, il y a eu seulement irritation, phlegmasie de la surface urétrale et probablement imbibition de l'urine. Dans le premier, l'infiltration n'a eu lieu qu'au bout d'une quinzaine de jours de l'usage de la sonde, au moment où on s'y attendait le moins. Elle se circonscrivit à la partie de l'urètre embrassée par l'insertion du scrotum; l'abcès fut ouvert en temps opportun, et l'on n'aperçut aucune trace d'urine dans le produit de la suppuration. Dans le second, la sonde n'avait séjourné que quarante-deux heures, et les phénomènes généraux, qui précédèrent de beaucoup la manifestation des symptômes locaux, constituaient en quelque sorte toute la maladie, puisqu'il fallait savoir que l'urètre avait souffert d'abord pour soupçonner que le point de départ des accidents s'y trouvait.

Il est bon de noter que dans ces deux cas, comme dans beaucoup d'autres, l'infiltration eut lieu quoique l'urine ne rencontrât pas de grands obstacles à sa sortie, et qu'elle ne fût pas chassée par la vessie avec beaucoup d'énergie. Dans ces sortes de circonstances, il y a en général peu de liquide épanché, et le danger vient moins de là que de l'état des organes urinaires antérieur au développement des désordres. En effet, avant même l'époque où le malade réclame des soins, il s'est produit des désordres qu'on ne peut pas toujours bien apprécier et qui sont la source principale de tous les accidents qu'on voit survenir. Et ce qui le prouve bien, c'est que quand la sonde doit entraîner des conséquences graves, elle est très-difficilement supportée, et qu'elle cause des malaises, des douleurs.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR LA PRÉPARATION DE L'ACIDE VALÉRIANIQUE ET DU VALÉRIANATE DE ZINC.

L'acide valérianique et les valérianates sont à l'ordre du jour; la thérapeutique a trouvé en eux de nouveaux agents d'une efficacité in-

contestable, et dont l'expérience des praticiens ne tardera pas, sans doute, à marquer la place définitive dans l'arsenal pharmaceutique. C'est donc un devoir pour nous de faire connaître à nos lecteurs tout ce qui se publie de relatif à la manière de préparer ces composés encore rares et assez difficiles à se procurer.

Un pharmacien d'Orléans, M. Rabourdin, vient de publier, dans le dernier numéro du Journal de Pharmacie et de Chimie, une note indicative d'un procédé très-simple pour extraire de la valériane une quantité beaucoup plus considérable d'acide valérianique qu'on ne l'a fait jusqu'ici par la seule distillation. Ce pharmacien, ayant pensé que tout l'acide valérianique pourrait bien ne pas être à l'état de liberté dans cette racine, a fait l'expérience suivante pour s'assurer de la justesse de cette opinion.

Après avoir placé deux kilogrammes de valériane avec S. Q. d'eau dans la cucurbite d'un alambic, il a distillé huit litres de ce produit, il a séparé l'huile volatile, et, après l'avoir lavée avec un faible soluté de carbonate sodique, il a saturé l'hydrolat avec ce même carbonate; puis il a rapproché jusqu'à siccité les liqueurs réunies, et le résidu, distillé dans une cornue avec un léger excès d'acide sulfurique faible, lui a fourni cinq grammes d'acide valérianique pur.

Il a versé alors, sur la racine de valériane restée dans l'alambic après la distillation, huit litres d'eau additionnée probablement de soixante grammes d'acide sulfurique concentré, et il a distillé de nouveau pour retirer cinq litres de produit : après avoir saturé celui-ci par le carbonate de soude, comme il a été dit plus haut, il en a obtenu quinze grammes d'acide valérianique pur.

On n'extrait donc, par la distillation simple, que le quart de l'acide valérianique contenu dans la racine de valériane, le restant s'y trouvant fixé à l'état de combinaison avec une base; et il faut, pour en retirer cette dernière portion, la dégager au moyen d'un acide plus fort, tel, par exemple que l'acide sulfurique.

Aujourd'hui, M. Rabourdin opère comme il suit : il distille cinq kilogrammes de racine de valériane avec Q. S. d'eau à laquelle il ajoute cent grammes d'acide sulfurique concentré. Lorsqu'il a obtenu quinze litres de produit, il sépare l'huile volatile; puis, après avoir saturé l'hydrolat avec quatre-vingt-dix à cent grammes de carbonate sodique, il le fait évaporer jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un demi-litre de liquide. Il place alors ce dernier dans une cornue, avec un léger excès d'acide sulfurique, et il distille. Il obtient ainsi de quarante-cinq à cinquante grammes d'acide valérianique.

Nous croyons que M. Rabourdin a omis de signaler une précaution

indispensable ; c'est de n'ajouter que la proportion d'acide sulfurique chimiquement nécessaire pour décomposer le valérianate de soude. En effet, un excès de cet acide donnerait de l'acide sulfureux aux dépens de l'acide valérianique, ce qui diminuerait d'autant la quantité de celui-ci ; en outre, il passerait une petite quantité d'acide sulfurique à la distillation.

Un autre pharmacien, M. Gonard, d'Arras, fait connaître, dans le dernier numéro du Journal de Chimie médicale, le mode suivant de préparation du valérianate de zinc.

On se procure du carbonate de zinc en précipitant une dissolution de sulfate zincique purifié par un courant de chlore, bouillie sur des fleurs de zinc, et filtrée par un soluté de carbonate de soude pur.

Le précipité étant bien lavé, on l'emploie ainsi nouvellement préparé ; on le délaye dans de l'eau distillée, et l'on ajoute peu à peu de l'acide valérianique, jusqu'à ce que le liquide ne fasse plus effervescence et n'exhale plus l'odeur forte et caractéristique de l'acide employé. On place alors le tout dans une capsule de porcelaine, et on fait évaporer. Le valérianate zincique se rassemble sous la forme d'une écume pailletée, à la surface ; on a soin de l'enlever à mesure avec une spatule de verre, et on le met à égoutter et à sécher sur du papier joseph.

Vers la fin de l'opération, le produit étant coloré et pouvant, d'ailleurs, contenir un peu de carbonate de zinc ou même du valérianate de soude, si le carbonate dont on s'est servi n'a pas été bien lavé, il convient d'en retirer l'acide valérianique dans une autre opération ou traitement par l'acide sulfurique.

Ainsi préparé, le valérianate zincique se présente sous forme de lames d'un aspect mince et d'une grande blancheur.

SUR LE MOYEN DE RETIRER L'IODE DES BAINS IODÉS ET IODURÉS.

Tous les praticiens savent que, depuis quelques mois, l'iode et l'iodure de potassium sont devenus de plus en plus rares dans le commerce de la droguerie ; que le prix de ces deux substances a considérablement augmenté, et qu'on en est venu à ce point d'agiter la question de savoir si les hôpitaux de Paris pourront ou non en être approvisionnés, et si l'on ne sera pas forcé d'en suspendre l'administration.

Quelle que soit la cause de cette disette, en attendant l'époque de sa cessation, voici venir deux pharmaciens internes de l'hôpital Saint-Louis, MM. Labiche et Chantrel, qui proposent, dans le dernier numéro du Journal de Pharmacie, le moyen suivant pour ex-

traire des eaux qui ont servi à baigner les malades, l'iode qu'on y fait entrer et celui qui se trouve dans les iodures qu'on y a dissous.

On recueille l'eau des bains, et après avoir décomposé les iodures par un courant assez abondant et assez prolongé de chlore gazeux, on s'empare de l'iode devenu libre en le combinant avec de l'amidon. On recueille ensuite l'iodure d'amidon, et on le soumet à l'action de l'acide sulfureux qui fait passer l'iode à l'état d'acide iodhydrique. Alors, on sépare et on lave la fécule décolorée pour la faire servir plus tard à une nouvelle opération semblable, puis on sature l'acide iodhydrique par la potasse, on fait évaporer, et enfin on décompose par l'oxyde de manganèse et par l'acide sulfurique.

Le procédé de MM. Labiche et Chantrel, qui n'est plus à l'état de conception purement théorique, car il a déjà été mis en pratique et a parfaitement réussi, est actuellement renvoyé à l'examen d'une commission chargée de rechercher s'il est possible de l'employer avec économie et quels sont les avantages qu'il pourrait offrir dans ce cas.

SUR LA PRÉPARATION DE L'IODOFORME.

M. Bouchardat a, comme on le sait généralement, proposé depuis plusieurs années l'introduction dans la thérapeutique de l'iodoforme en remplacement de l'iode, et cette substitution nous paraît d'autant plus heureuse que le premier de ces deux corps possède toutes les propriétés pharmacologiques du second sans en avoir l'odeur et la saveur désagréables, et peut par conséquent être administré beaucoup plus facilement aux jeunes sujets chez lesquels la médication iodique est indiquée.

Mais un inconvénient grave que présente, d'un autre côté, l'iodoforme, c'est son prix élevé et la petite quantité qu'on peut en obtenir en raison des substances employées pour sa préparation. Or, il n'en faut pas davantage pour empêcher les praticiens de le prescrire dans beaucoup de cas. Il n'est donc pas inutile de faire connaître un nouveau procédé proposé par M. Clary, de Figeac, dans le dernier numéro du Journal de Pharmacie. Voici en quoi il consiste :

Dans un kilogramme d'eau mêlée d'un septième à un huitième d'alcool, on met cent grammes d'iode et autant de bicarbonate de soude, puis on chauffe légèrement au bain-marie pour déterminer la réaction. Au bout de quelque temps, il se dégage des vapeurs d'eau mêlées d'éther acétique et de quelque peu d'iode, surtout si la température est trop élevée. Après deux ou trois heures la décoloration est achevée ; on ajoute

alors une nouvelle quantité d'iode, tant que la liqueur veut en décolorer. Si on en a ajouté une trop grande quantité, on filtre après refroidissement, puis on lave le précipité à l'eau froide et on le fait ensuite sécher.

L'évaporation des eaux mères donne de l'iodure de sodium, qui peut non-seulement être employé en thérapeutique dans tous les cas où l'iodure potassique est indiqué, mais qui peut aussi, comme ce dernier, être utilisé pour la préparation des iodures de mercure et de plomb.

Par l'emploi du bicarbonate de soude au lieu du bicarbonate de potasse usité jusqu'ici pour préparer l'iodoforme, on obtient ce dernier produit dans un plus grand état de beauté, en plus forte proportion, et à un prix de revient qui est notablement moindre : c'est donc un service rendu à l'art de guérir que sa publication.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UNE EXPÉRIMENTATION SUR LES TISSUS DU REIN ET LEUR ACTION EXCRÉTOIRE.

Par M. DESPORTES, membre de l'Académie de médecine.

Dans une discussion récente et publique, je me suis servi d'une expression inusitée pour désigner la différence que je crois exister entre les deux tissus qui composent la texture du rein ; expression hasardée, en ce qu'elle ne se trouvait pas en rapport avec l'opinion reçue en général par les physiologistes sur les caractères réels des deux tissus.

L'épithète que j'avais employée pour désigner l'un de ces tissus s'était, après tout, présentée instantanément à moi, comme pouvant mieux rendre la simple distinction que je faisais entre le tissu sécréteur et le tissu moteur, ou plus spécialement chargé de l'excrétion de l'urine dans les calices et le bassinet.

Les remarques qui m'ont été adressées à ce sujet m'ont semblé être de celles que l'ont pourrait, quant à leur appréciation, soumettre à quelques épreuves expérimentales.

Je me suis donc mis à l'œuvre, mais après avoir parcouru dans plusieurs auteurs les passages qui pouvaient avoir trait au sujet qui m'occupait, et sans avoir rien trouvé qui énonçât que l'agent dont j'avais l'intention de me servir eût été essayé ; ce qui n'est pas dire, je m'en défends, que cet agent n'ait pas été appliqué dans les mêmes vues.

J'ai soumis un rein plein de vie, tenant encore à l'animal par ses vaisseaux et par l'uretère, à l'action de l'électricité obtenue de la machine ordinaire. Je l'ai fait dans le but de m'assurer, s'il était possible, de quel degré de motion ou d'étendue de mouvement peuvent être doués les tissus du rein.

J'ai eu le regret de ne pouvoir expérimenter que sur un animal de petite taille, un lapin; mais c'était un lapin adulte. Il est résulté de là que le petit volume de l'organe et de chacune de ses parties a ajouté à la difficulté de voir et de reconnaître, même avec le secours de la loupe, le détail de ce qui se passait dans le tissu du rein au moment où on l'exposait à l'action de l'électricité, en tirant des étincelles.

Le rein avait été découvert très-simplement, deux incisions en T avaient été faites dans le flanc droit, d'une étendue suffisante pour rendre facile la sortie du rein dans un mouvement violent de respiration, et excité par la douleur. L'organe urinaire a été en effet chassé par cette ouverture hors de l'abdomen, sans aucune autre lésion que la sortie d'une anse intestinale.

Il avait la couleur, le volume, la fermeté de tissu, et la forme de l'état normal.

Une fois qu'on lui a fait éprouver, ainsi entier, l'influence de l'électricité, et il n'a pas fallu pour cela beaucoup de temps, il s'est fait graduellement en lui les changements suivants. Sa couleur est devenue d'un rouge brunâtre. Sa forme est devenue plus arrondie, plus courte de haut en bas, moins large de son bord externe à son bord échancré. Son volume a sensiblement diminué. La fermeté de son tissu a augmenté et est devenue de la rénitence très-marquée. Un médecin fort habile, témoin de l'expérimentation, comparait l'état du rein à une turgescence sanguine. Mais on verra que l'on ne doit pas adopter cette comparaison sans beaucoup de restriction, surtout puisqu'il n'y a pas de gonflement de la partie, mais retrait.

On a enfoncé en deux ou trois endroits du rein une aiguille, et les piqûres ont fourni du sang en quantité un peu plus grande que des piqûres semblables n'en eussent donné d'un rein non resserré sur lui même par l'électricité.

Ces divers changements se sont opérés tous en même temps, assez lentement, sans contraction et sans secousse apparente, soit à l'œil nu, soit à l'œil aidé d'une loupe.

Il fut visible deux fois qu'un flux d'urine partait du rein et parcourait l'uretère; il y eut un intervalle entre les deux flux, reconnaissable à l'affaissement de l'uretère.

Je fis alors deux fautes. La première faute fut de couper l'uretère

très-près du rein. Cela m'empêcha de pouvoir connaître ce que je désirais apprécier, quelle était la quantité d'urine. Je pus voir seulement qu'elle sortait par intervalle de l'uretère, qu'elle était claire et un peu colorée en jaune verdâtre et qu'elle mouillait un peu les parties voisines.

La seconde faute fut de ne pas essayer l'urine, et de chercher à connaître si elle était acide ou alcaline. J'oubliai aussi d'essayer l'urine qu'une miction chassa de la vessie; celle-ci était un peu jumenteuse.

Lorsqu'il me parut que le changement de volume, de forme, de couleur, et que le resserrement de l'organe sur lui-même étaient arrêtés, probablement parce qu'ils avaient atteint leur maximum d'étendue, le rein a été fendu par son côté convexe ou externe. Il s'est écoulé beaucoup de sang, en comparant la quantité au volume de l'organe; et ce sang a été fourni presque uniquement par la partie corticale, un peu par l'orifice de deux grosses veines coupées, et pas du tout presque par la surface de la partie tubuleuse.

Le sang, lorsque la quantité qui s'en écoulait s'affaiblit, forma quelques lignes faibles, convexes, du côté du bord interne ou échancré du rein, comme si son écoulement en nappe était contrarié sur la surface de la partie tubuleuse par des lignes creuses ou des rides développées sur cette surface. Toutefois cette surface de la partie tubuleuse, lorsqu'elle est examinée, même avec la loupe, ne laisse pas découvrir ces lignes creuses ou ces rides, mais seulement elle offre un aspect grenu et assez analogue, moins la couleur, à l'aspect de la partie corticale divisée; ce qui changeait la disposition habituelle de la partie tubuleuse, laquelle, on le sait, se compose de petits faisceaux en cônes allongés, striés en long, faciles à séparer dans le sens de leur longueur. Ce changement mérite donc d'être noté, quelque faible qu'il soit.

En même temps que ces phénomènes étaient observés, il s'en passa un autre qui rendit plus certain, s'il était possible, le resserrement de l'organe sur lui-même par l'effet de l'électricité. Des deux moitiés en lesquelles le rein était maintenant partagé, il n'y eut plus qu'une moitié qui eut à supporter l'action de l'électricité, et elle se resserra encore sur elle-même; et par ce retrait nouveau, son bord libre n'atteignit plus, il s'en fallait de plus d'une ligne, le pourtour du bord de l'autre moitié, qui avait conservé son étendue au moment du partage du rein en deux.

L'état de resserrement ou de retrait sur lui-même dans lequel était en général le rein, se maintenait encore au bout d'une heure, moment où je l'abandonnai.

Cet état fut encore rendu plus apparent quand l'autre rein fut retiré de l'abdomen, et divisé comme le rein qui avait été directement

électrisé. Celui qui était resté dans l'abdomen présentait tous les signes de l'état ordinaire après la mort, sa couleur normale, son tissu mou, flasque, et fort différent de l'aspect de celui qui avait été tourmenté par les étincelles électriques. L'animal était alors expirant, et une section de la moelle occipitale termina sa vie.

L'observation que je viens de tracer, d'une expérimentation avec l'électricité sur un rein pendant la vie resterait par trop incomplète (et elle le sera encore beaucoup), si elle ne comprenait pas en outre quelques remarques additionnelles.

D'abord, serait-ce abuser de la possibilité d'établir des rapprochements que de faire souvenir que l'action de l'eau bouillante sur le tissu du rein, qui est de le rendre plus ferme et plus résistant; que l'action de divers acides, le sulfhydrique, le chlorhydrique, l'azotique, etc., qui le racornissent; et que l'action de l'électricité, dont l'exposition a été faite ci-dessus, sembleraient indiquer dans les tissus du rein, surtout dans les portions appelées plus ou moins inexactement colonnes charnues, et dans les faisceaux denses, résistants et radiés de la partie tubuleuse, sembleraient, dis-je, dévoiler le caractère, à la vérité plus ou moins modifié, de ces tissus différents qui possèdent à des degrés variés la propriété de mouvoir?

Maintenant, que l'on veuille bien se rappeler que si l'un des tissus du rein est assurément l'organe secréteur de l'urine, il y en a un aussi dans lequel s'écoulent les particules d'urine à mesure qu'elles sont sécrétées; et que divers physiologistes, des plus en renom, cherchant comment le liquide urinaire parcourait les canaux qui le reçoivent et le transportent, ont dit que l'on pourrait en trouver la cause dans les battements et les locomotions des vaisseaux sanguins, et dans les locomotions des organes du voisinage.

Or, dans l'expérience dont les détails précèdent, le rein, sorti de l'abdomen, isolé de tous les organes qui l'entourent dans sa situation normale, ne pouvait plus recevoir de secousses ni de pressions de la part des vaisseaux et des autres organes; et cependant il a fait passer de son tissu intime dans les calices et le bassinet une certaine quantité d'urine. Ainsi, dans ce cas, le cours de l'urine ne peut plus être attribué qu'à une action, quelle qu'elle soit, exercée par le tissu du rein même, soit en général, soit de l'une de ses parties.

On ne peut pas dire que je suppose cette action, car d'une part on a vu précédemment son effet, qui est la sortie de l'urine; et d'autre part, puisque le rein était isolé de toute autre partie, il faut bien que ce soit son tissu même qui ait poussé l'urine hors de ses canaux rénaux dans les calices et le bassinet.

Mais alors, de quelle sorte est donc cette action propre au tissu du rein dans certaines conditions ? L'expérience exposée ci-dessus le montre assez bien.

La force de résistance des calices et du bassinet à se dilater pour recevoir l'urine n'a-t-elle pas été vaincue par l'impulsion donnée à l'urine par le tissu du rein ? Ensuite, lorsque l'urine a passé du bassinet (qui n'est que le point initial supérieur de l'uretère) dans le canal même de l'uretère, n'a-t-elle pas passé deux fois comme un flot, en sorte que l'introduction de ce flot urinaire du bassinet dans l'uretère ne pourrait raisonnablement être attribuée à l'extensibilité et à la contractilité dont l'uretère est d'ailleurs pourvu dans toute son étendue ? L'uretère a été distendu par l'arrivée du flot urinaire ; et ce flot d'urine, composé de plusieurs gouttes, a été poussé, lancé peut-être par l'extrémité mamelonnée des faisceaux du tissu tubuleux. Lancé ? dira-t-on avec une sorte d'incrédulité. Mais on oublierait la sortie analogue du lait par le mamelon en certains cas ; on oublierait aussi cette femme, reine de France, qui, dans un vif chagrin, ne répandait pas seulement des larmes, mais les lançait par les points lacrymaux.

Très-certainement, l'un au moins des tissus du rein concourt par son action, douée d'une force convenable, mais variable selon les conditions où se trouve l'organe, au mouvement normalement locomoteur, ou morbidement expulsif de l'urine et dans le parenchyme du rein, et jusque dans le bassinet et le commencement du canal de l'uretère.

En m'exprimant ainsi sur ce point, et sur tous les autres points qui ont été touchés dans ce travail, je n'en reconnais pas moins, et j'en conviens à l'avance, que l'expérimentation même que j'ai tentée et les commentaires, les déductions ou inductions qui l'accompagnent, me paraissent seulement acceptables conditionnellement jusqu'à ce que d'autres expérimentations avec l'électricité, mais exécutées sur des reins plus gros que ceux d'un lapin, rendent mieux saisissables les phénomènes qui seraient produits, les rendent plus facilement visibles dans tous leurs détails, plus aisément isolables ainsi les uns des autres, enfin plus appréciables, en laissant moins de doutes sur leur résultat. Aussi n'est-ce pas à la discussion que je livre une première et unique expérience, mais seulement à la curiosité studieuse des médecins.

Août 1844.

DESPORTES, D. M.,
Membre de l'Académie de Médecine.



BIBLIOGRAPHIE.

Rejet de l'organologie phrénologique de Gall et de ses successeurs, par F. Lelut, *médecin en chef de la troisième section des aliénés de l'hospice de la Salpêtrière, médecin de la prison du dépôt des condamnés.*

M. Lelut s'excuse en plusieurs endroits de son livre de la liberté grande qu'il a prise d'assaisonner de quelques grains d'ironie les discussions sérieuses dans lesquelles il cherche à réfuter la phrénologie, la crânioscopie soit contemporaine, soit même antédiluvienne : en vérité c'est là pour nous un excès de politesse, et si la doctrine même qu'il combat était vraie, M. Lelut devrait au point, ou aux pointes du crâne qui correspondent à la circonspection, avoir non une bosse, mais un monticule.

Parmi les choses contemporaines qui nous étonnent, il n'en est pas qui nous étonne davantage que l'opiniâtreté avec laquelle certains esprits prédisposés sans doute, s'accrochent au système de la localisation phrénologique : nous croyons que pour beaucoup, être phrénologue, c'est se donner un maintien dans le monde, c'est se faire savant à peu de frais, se ménager comme une source intarissable d'anecdotes, de bons mots, d'historiettes plus ou moins édifiantes ; mais nous ne concevons pas que des hommes graves, sérieux, compétents, comme on en trouve encore aujourd'hui quelques-uns, et qui n'ont pas besoin de cette sorte de guimbarde pour fixer sur eux l'attention dans un salon, demeurent, envers et contre tous, les défenseurs incompris d'un dogme qui, suivant ses adeptes, est appelé à régénérer le monde, mais qui évidemment ne régénère rien du tout.

M. Lelut a fait une œuvre utile en reprenant la question de la phrénologie au point où il l'avait laissée dans une publication précédente : désormais cette pseudo-science est vaincue; il lui sera impossible de se relever du coup que le savant membre de l'Institut vient de lui porter. Critique rigoureuse des faits sur lesquels Gall et ses nombreux successeurs se sont tour à tour appuyés pour fonder les bases de leur doctrine; faits empruntés à l'anatomie comparée, qui renversent bien plus sûrement encore tout ce vain échafaudage, etc., etc., tout cela est bon à rappeler, comme le dit l'auteur ; mais néanmoins cela ne vaut pas les divergences contradictoires des maîtres actuels de la doctrine sur la place et la distribution des organes et sur la nature de leurs attributions, divergences qui font de la phrénologie une organologie sans organes et une physiologie sans facultés.

C'est là en effet qu'est le point vulnérable de ce système, c'est là qu'en homme qui connaît l'erreur qu'il veut combattre et renverser, M. Lelut s'est surtout placé.— Ses preuves, ses démonstrations, nous ont semblé triomphantes. A ceux qui s'étaient laissé fasciner par la crânioscopie, ou qui se sentent quelque propension vers ce système, nous donnons le conseil de lire l'ouvrage de M. Lelut : qu'ils aient la bosse ou non, ils seront vaincus, ils seront forcés de se rendre à une réfutation qui est aussi lumineuse, aussi profonde qu'elle est méthodique et spirituelle. Nous vous absolvons, monsieur Lelut, d'avoir si bien mêlé dans votre livre le sarcasme à la discussion scientifique; un peu d'esprit ne nuit point à la vérité : que si l'on vous blâme de ce dont nous vous louons, consolez-vous en pensant à la fable du renard à la queue coupée.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Ostéosarcome du calcanéum. — Amputation de la jambe. — Le nommé Raymond, fileur, âgé de quarante-cinq ans, est couché dans la salle Saint-Augustin, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Jobert, pour s'y faire traiter d'une tumeur volumineuse du calcanéum. — Cet homme nous apprend qu'il n'avait pas plus de douze ans quand ses parents s'aperçurent qu'il portait sous la plante du pied une grosseur. Celle-ci, qui survint sans qu'aucune cause puisse lui être assignée, était complétement indolore, sans changement de couleur à la peau, sans chaleur insolite, et ne nuisait en rien à la marche. Aussi les parents de Raymond ne tardèrent pas à ne plus s'en préoccuper. A l'âge de dix-sept ans, celui-ci y porta plus d'attention : son volume avait pris de l'accroissement; il égalait à peu près celui de la moitié d'une pomme de reinette. La tumeur était alors elliptique, parfaitement lisse, arrondie et très-dure. Elle continua à faire des progrès avec beaucoup de lenteur et surtout en se portant vers le talon.

Quand Raymond eut atteint l'âge de vingt et un ans, époque de la conscription, il fut réformé comme étant atteint d'un vice de conformation. La tumeur alors avait un volume assez considérable pour donner au membre correspondant un excès de longueur sur celui du côté opposé et produire ainsi la claudication.

D'année en année, la tumeur croissait insensiblement, et la claudication devenait de plus en plus prononcée : toujours dure, indolore, elle acquit bientôt un volume tel, que Raymond fut obligé de faire faire une chaussure particulière pour son pied malade; c'était une espèce de

brodequin à talon creux qui *emboîtait sa grosseur*. Une fois chaussé, il marchait sans souffrir. Dans ces dernières années, plusieurs bosselures se dessinèrent à la surface de la tumeur, qui par son développement en tout sens fit saillie sur les parties latérales du pied. Il y a six mois, le malade arracha à la partie postérieure ce qu'il appelle un durillon; il éprouvait en ce point des picotements qui le portaient souvent à se gratter. Ce qu'il retira ainsi avec ses doigts était dur, piquant (il s'agissait évidemment d'une esquille). Sur le lieu d'où ce corps fut extrait, il s'établit une ulcération qui chaque jour gagna en largeur et en profondeur. Sa surface verse un pus ichoreux, quelquefois mélangé d'un peu de sang. Les jours qui suivirent l'extraction de cette esquille, le tiers inférieur de la jambe se tuméfia, et la tumeur devint le siége d'élancements douloureux. Un médecin consulté prescrivit le repos; il y a six mois que le malade se conforme à cette ordonnance et qu'il garde le lit. Depuis cette époque, l'aspect de la tumeur n'a pas changé. Elle présente les caractères suivants. Elle a le volume des deux poings réunis; elle est parsemée de nombreuses bosselures au sommet desquelles on sent sous la peau ou plutôt dans l'épaisseur de cette membrane, fortement distendue et altérée dans sa structure, des aspérités qui sont dues à des aiguilles de substance calcaire provenant de la raréfaction que le tissu spongieux du calcanéum a subie. En avant, la tumeur s'avance jusqu'à la base de la région métatarsienne; en arrière, elle s'arrête aux limites naturelles du calcanéum; la même disposition s'observe sur les parties latérales. L'ulcération que nous avons signalée à la surface continue de verser un pus ichoreux, fétide. En portant un stylet dans l'épaisseur de la tumeur, par le trajet fistuleux, on sent qu'il pénètre en produisant sur son passage de la crépitation, qui est bien évidemment le résultat de fractures successives de lamelles osseuses. Tous les mouvements du pied sont conservés; ceux des orteils sur le métatarse et ceux du tarse sur la jambe s'accomplissent sans douleur et facilement. La nature sarcomateuse de la maladie étant bien reconnue, M. Jobert se décida à pratiquer l'amputation de la jambe à son tiers inférieur. Le parti pris par M. Jobert dans ce cas nous paraît suffisamment justifié et par le caractère essentiellement mauvais de la lésion organique, et par la profondeur à laquelle elle avait pénétré. Malgré la bonne conformation du pied, l'intégrité apparente de ses diverses articulations et la liberté de ses mouvements, il eût été irrationnel d'agir directement sur le siége de la maladie en cherchant à extraire le calcanéum, en partie ou en totalité. Les désordres considérables produits par une semblable opération et les chances d'inflammation auxquelles on se fût exposé contre-indiquaient formellement une telle détermination, rendue impraticable d'ailleurs

par l'impossibilité où eût été le chirurgien de trouver sur les confins de la tumeur assez de peau saine pour recouvrir la vaste solution de continuité qu'il eût produite. En supposant d'ailleurs que l'ablation du calcanéum puisse jamais être pratiquée dans un cas analogue, qu'en résulterait-il ensuite pour la marche?

Ulcères phagédéniques. — Difficultés du diagnostic. — Guérison de l'un d'eux par l'iodure de potassium. — En général, dans les hôpitaux, on s'attache trop exclusivement aux faits pathologiques qui sont du domaine de la chirurgie militante, et on a le tort de juger par le plus ou moins grand nombre de ceux-ci de l'intérêt d'un service, *de sa beauté*, comme on dit. Cette tendance est fâcheuse, car elle fait négliger l'étude des maladies qui se rencontrent journellement, en absorbant toute l'attention des élèves sur des lésions que la plupart ne rencontreront pas une seule fois dans leur pratique et auxquelles pas un peut-être ne sera appelé à remédier par une opération. Cet écueil de l'enseignement clinique a été dès longtemps signalé par M. Lisfranc, qui insiste tout spécialement sur le traitement des maladies chroniques, surtout des ulcères. C'est dans la salle de ce chirurgien que nous avons recueilli les deux faits suivants.

Le premier malade est un homme couché au nº 5 de la salle Saint-Louis. Il porte sur la région antérieure de la poitrine, au niveau de la moitié supérieure du sternum, un ulcère de forme ovalaire, ayant 12 centimètres d'étendue dans son plus grand diamètre et 9 dans son plus petit; à son centre, il offre une coloration noirâtre, analogue à celle d'un tissu érectile frappé de mort. En enlevant avec des pinces cette substance noirâtre, on découvre des bourgeons charnus qui saignent abondamment; la circonférence est limitée par un bourrelet fongueux, saillant, couvert d'un ichor fétide. Sur cette même circonférence, le malade ressent des douleurs comme par élancements. Il dit que le point de départ de son mal fut marqué par un petit bouton qui s'ulcéra. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Avant de se prononcer définitivement sur la nature présumée cancéreuse de cette ulcération, qui laissait d'ailleurs des doutes dans son esprit, M. Lisfranc, toujours en garde contre les affirmations des malades lorsqu'il s'agit de leurs antécédents au point de vue syphilitique, voulut essayer d'un traitement général comme *critérium;* en conséquence il prescrivit à l'intérieur l'iodure de potassium et un pansement local avec de la charpie trempée dans le chlorure de sodium à 3 degrés. Sous l'influence de cette médication, la plaie perdit sa couleur noirâtre; elle se détergea. Tout paraissait aller pour le mieux. Mais depuis quelques jours, les douleurs lancinantes ont

pris plus d'intensité, le bourrelet circulaire a notablement augmenté ; il n'est plus douteux que l'ulcère ne soit carcinomateux, et qu'il ne doive être attaqué par une opération chirurgicale. Dans un cas semblable, l'exemple de prudence donné par M. Lisfranc devra être mis à profit. Une sage temporisation qui ne saurait compromettre le malade est toujours préférable à une opération faite prématurément et dont le résultat est irremédiable.

Nous avons encore au n° 6, dans la même salle du service de M. Lisfranc, un homme qui porte depuis deux ans un vaste ulcère, de la plus mauvaise nature en apparence, occupant la presque totalité de la surface antérieure du thorax et les parties latérales et antérieures du cou : fond grisâtre, bords taillés à pic, ichor sanieux et fétide, douleurs lancinantes. Pour antécédents syphilitiques, nous noterons une blennorrhagie, avec chancre ayant existé il y a dix ans. Iodure de potassium à l'intérieur ; pansement simple. En quinze jours de ce traitement, l'ulcère diminua des dix-neuf vingtièmes, et ce qui en restait avait perdu tout mauvais caractère et offrait un bel aspect. On touchait les végétations celluleuses avec la nitrate d'argent, et on faisait un pansement simple, lorsque tout à coup une grande partie de l'ulcère se reproduisit ; mais cette fois il présentait le caractère de l'ulcère simple. Cette recrudescence était due à la présence d'une grande quantité de cérat qui s'était desséché à la surface de la plaie, et qui, y ayant ranci, avait produit une irritation qui avait reproduit l'ulcère. Ce cérat fut enlevé à l'aide de lotions faites avec un mélange d'eau et d'huile battues ensemble. Un pansement simple fut mis en usage, et en peu de jours l'ulcère fut complétement cicatrisé. Nous ferons remarquer l'heureux effet de l'iodure de potassium.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le sulfate de quinine. — Des discussions récentes ont attiré l'attention sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire. On sait que de grandes dissidences règnent sur ce sujet. Un praticien très-distingué, M. Briquet, a publié un mémoire étendu, accompagné de nombreuses observations, prouvant, selon lui, l'efficacité de cette médication. Dans d'autres services d'hôpitaux, ces succès ne se répétèrent point ; on parla même de quelques revers graves déterminés par l'emploi du sulfate de quinine à doses élevées, et en général cette médication ne fut pas accueillie avec faveur. Cependant un travail de M. Monneret indiquait qu'elle pouvait avoir ses indications et son utilité, car il en résulterait que le sulfate de quinine serait un sédatif puissant de l'élément douleur, si rebel et si cruel dans cette ma-

ladie. On voit combien la pratique est encore incertaine et vague sur ce point.

Aussi est-ce avec intérêt que nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Lugol, remplacé momentanément par M. Vernois, plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu traités par le sulfate de quinine à haute dose. Quatre malades ont été soumis *régulièrement* à l'action de ce médicament. Le siége du rhumatisme était chez trois polyarticulaire, et chez un seulement polyarticulaire et musculaire à la fois. A l'état aigu chez trois malades, le rhumatisme offrait chez un seul une période presque chronique et apyrétique. L'âge des malades traités était de seize, vingt, trente et trente-quatre ans. Quant au début du rhumatisme, dans deux cas il a eu lieu sous les yeux même du médecin : 1° à la suite d'un érysipèle de la face et 2° chez un scrofuleux ; dans deux autres cas, il datait, l'un de quinze jours environ, l'autre de trois mois.

Le sulfate de quinine a été administré en poudre, chaque matin, dans du pain à chanter. Dans les trois cas aigus, il l'a été d'emblée à la dose d'un gramme, et dès le lendemain à 2 grammes. Prolongé pendant cinq jours à cette quantité, il a été élevé chez l'un à 3 grammes, et l'on est redescendu ensuite progressivement jusqu'à un demi-gramme. Chez l'un d'eux, suspendu pendant deux jours à cause d'un mieux sensible, il a été immédiatement repris avec le retour des douleurs vives et de la fièvre. Chez le quatrième malade, on ne l'a administré que pendant quatre jours, à la dose d'un gramme d'abord et de 2 grammes les trois jours suivants, et l'on en a cessé l'emploi parce qu'aucune action n'avait lieu sur la douleur.

La durée de la maladie chez deux des malades (état aigu) a été de douze à quatorze jours ; chez un troisième, après une sédation complète des accidents au bout de quatre jours, il y a eu recrudescence de symptômes aigus, et il a fallu seize à dix-huit jours pour amener la convalescence. Dans le cas de rhumatisme articulaire et musculaire, la marche de la maladie n'a pas paru influencée par le médicament.

M. Vernois, pendant la durée de ces essais limités, a cherché à déterminer d'une manière précise l'action du sulfate de quinine sur l'économie et sur quelques-uns des symptômes observés chez le malade. Les deux plus saillants étaient la douleur et l'élévation du pouls. Quant au premier, il n'a diminué dans les trois cas aigus que d'une manière peu sensible ; il a persisté surtout alors que la circulation avait notablement perdu de sa fréquence. Dans le cas chronique, la douleur n'a été aucunement influencée. L'action sur le pouls a été constante et observée chaque jour. Le nombre de pulsations a toujours diminué, et

cette diminution a été en rapport avec la dose plus élevée du médicament. Le pouls a semblé cinq ou six fois baisser de vingt pulsations par un gramme de sulfate.

Si l'on excepte un léger sentiment de chaleur à l'épigastre, et une fois un peu de diarrhée chez deux malades, l'appareil digestif a bien supporté le médicament. Quant aux phénomènes nerveux, les malades ont offert des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, et un sentiment particulier comparable à l'ivresse ; mais ces signes n'ont jamais rien présenté d'alarmant et qui pût contre-indiquer l'administration du sel. Aucune démangeaison, ni éruption ne s'est manifestée à la peau.

Ces quatre faits semblent prouver que la circulation est notablement influencée par le sulfate de quinine, car elle le fut même dans le cas de rhumatisme chronique sans fièvre, et que la douleur n'est que bien faiblement modifiée par lui, puisqu'elle a persisté malgré son emploi. Ils ne s'accordent pas complétement avec les résultats obtenus par M. Monneret, et ils appellent, par conséquent, de nouvelles recherches sur ce point important de thérapeutique.

Soixante noyaux de prunes arrêtés à la fin de l'intestin iléon. — Une jeune fille entre pendant le mois de mai dans le service de M. Martin Solon à l'hôpital Beaujon. On la couche au nº 16 de la salle Sainte-Thérèse, et l'on reconnaît bientôt qu'elle porte dans la région iliaque droite une tumeur phlegmoneuse dépendant de l'inflammation du cœcum et du tissu cellulaire de la portion adhérente de cet intestin. La tumeur acquiert le volume d'une orange, devient rénitente, des plus douloureuses et la fièvre très-forte, mais le passage des fèces reste libre. Des applications de sangues, des onctions mercurielles jusqu'à salivation, des cataplasmes et des bains amènent la résolution complète de cette phlegmasie, la convalescence semble franche ; des aliments sont accordés et facilement digérés. Vers le milieu du mois d'août, une nouvelle tuméfaction que la malade laisse à peine explorer, tant elle est douloureuse, reparaît dans la région iliaque droite. Les moyens précédemment employés échouent, la suppuration devient évidente ; on se décide à faire une ponction vers le pli de l'aine pour évacuer le pus et diminuer les douleurs de distension intolérables que la tumeur occasionne. Des gaz, du pus et des matières bilieuses s'échappent à travers l'incision ; la malade est soulagée. La fistule stercorale persiste quelques jours, puis se ferme après avoir été remplacée par plusieurs ouvertures spontanées qui se font sur la cuisse au-dessous du pli de l'aine. La fièvre devient continue, de nouveaux abcès profonds s'ouvrent dans les dernières fistules qui donnent toujours passage à du pus, des fèces et des gaz ; les

garderobes ne cessent point de se faire par les voies naturelles, souvent elles sont séreuses et sanguinolentes ; des vomissements surviennent de temps en temps ; la région iliaque continue à être assez douloureuse pour que la malade ne permette point de l'explorer à l'aide de la percussion et de la palpation qui lui sont intolérables ; enfin, elle succombe le 12 octobre, épuisée par le marasme.

A l'ouverture du cadavre nous trouvons les dix derniers centimètres de l'iléon présentant le volume et l'aspect du côlon, et rendant par la percussion un son pareil à celui d'un sac rempli de noyaux. En effet, aussitôt que la cavité de l'intestin est ouverte, on la trouve remplie de cinquante-neuf noyaux de prunes ordinaires et d'un noyau de prune de damas, tous parfaitement nets et conservés. Les parois de l'intestin ont cinq à six millimètres d'épaisseur ; l'hypertrophie affecte principalement la tunique musculeuse de l'organe dont l'aspect pâle et un peu nacré démontre la disposition à passer à l'état squirrheux. La valvule iléo-cœcale rétrécie et frangée présente l'induration qui résulte d'une inflammation ancienne. La cavité du cœcum offre sur sa face postérieure plusieurs traces d'ulcération et de fistules. L'une de ces dernières, grisâtre et parfaitement organisée, conduit en passant au-dessous du ligament de Poupart et au-dessus des vaisseaux cruraux, aux ouvertures spontanées de la peau placées au-dessous du pli de l'aine et à la cicatrice de la ponction qui les avait précédées.

Quelques abcès du tissu cellulaire environnant versent une certaine quantité de pus dans le trajet fistuleux ; le reste du canal intestinal n'offre point de lésion. Le foie présente une atrophie notable de sa substance rouge, qui rend sa substance jaune plus évidente et comme hypertrophiée. La bile est jaune, diffluente et abondante. Une cicatrice, au fond de laquelle on trouve une concrétion crétacée, existe au poumon droit. Les autres organes sont sains et très-émaciés.

D'où venaient ces nombreux noyaux? On n'avait point donné de pruneaux à la malade, alors ils devaient provenir de prunes qu'elle avait mangées clandestinement.

Nous nous sommes d'autant mieux arrêté à cette opinion, que la présence des noyaux dans le canal intestinal indique le moyen assez singulier trouvé par la malade pour cacher l'infraction qu'elle faisait à son régime. L'époque du mois d'août, dans lequel les prunes commencent à être communes, démontre bien que les noyaux n'ont point été la cause de la première maladie, mais qu'ils ont probablement déterminé la seconde. On peut croire, et l'examen anatomique des parties malades semble appuyer cette opinion, que la première affection s'est bien terminée par résolution, mais que la valvule iléo-cœcale avait en-

core conservé un peu de tuméfaction, et que ce passage, n'étant pas encore entièrement libre lorsque la malade commit son imprudence, les noyaux arrêtés contre la valvule s'y accumulèrent, firent renaître l'inflammation du cœcum et du tissu cellulaire sous-jacent, qui cette fois se termina par la suppuration, et produisit les divers désordres observés pendant la vie et après la mort. On conçoit que, pendant tout ce temps, l'iléon, irrité par la présence des noyaux et faisant d'inutiles efforts pour leur faire franchir la valvule, s'hypertrophia lui-même et commença à revêtir les caractères squirrheux analogues à ceux que présente le pylore après le contact répété ou prolongé de corps irritants. Sans la douleur excessive que la malade semblait éprouver lorsque l'on cherchait à examiner sa région iliaque droite, on aurait pu reconnaître, par la nature du bruit que la percussion ou le palper eussent donné, la cause de sa rechute. Mais la libre circulation des fèces dans le canal intestinal ne permettait pas de soupçonner dans l'iléon la présence de corps étrangers aussi nombreux et aussi insolites.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS DU POUMON *(De la fréquence des) chez les enfants en bas âge.* Les abcès du poumon, dans la pneumonie de l'adulte, sont assez rares pour que, dans le cours de plusieurs années, un médecin d'hôpital n'en rencontre peut-être pas. Bien souvent, et avec juste raison, les cliniciens insistent sur les causes d'erreur qui jadis, et alors que les autopsies se faisaient avec moins de soin qu'aujourd'hui, laissaient croire à l'existence des abcès pulmonaires. M. Trousseau, qui déclare n'avoir vu dans le cours de sa pratique nosocomiale qu'un abcès péripneumonique chez une femme adulte, et qui, par conséquent, est moins que personne disposé à admettre légèrement l'existence de cette sorte de lésion, regarde, au contraire, ces abcès comme un accident très-fréquent chez les enfants en bas âge. En cela, il est d'accord avec la plupart des observateurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur la pneumonie des enfants.

Ces abcès ne se trouvent jamais que dans les cadavres des enfants qui ont succombé à la pneumonie lobulaire; jamais M. Trousseau n'a eu l'occasion de les voir à la suite des pneumonies lobaires, qui sont d'ailleurs si rares dans les cinq premières années de la vie. Tantôt ils se montrent disséminés en très-petit nombre dans tout le parenchyme pulmonaire, tantôt ils sont tellement rapprochés qu'ils ressemblent à des myriades de tubercules crus. Ce dernier aspect est beaucoup plus rare que le premier. Quand les abcès sont en très-petit nombre, ou bien ils forment à la surface du poumon de petites ampoules faisant saillie sous la plèvre; ou bien ces ampoules, vidées dans les bronches, laissent à leur place une cavité pleine d'eau; ou bien encore elles contiennent à la fois de l'air et du pus. Dans ces divers états, il est difficile de dire si l'ampoule est formée par un lobule suppuré ou par une dilatation de l'extrémité d'une bronche venant aboutir à un lobule dont les cellules ont été rompues; ce ne serait alors qu'une variété de l'emphysème vésiculaire. Mais quand les abcès sont extrêmement nombreux, l'aspect du poumon a quelque chose de spécial; la pulmonie lobulaire est alors ou agrégée ou pseudo-lobulaire, c'est-à-dire que les lobules enflammés se réunissent en masses assez volumineuses, et envahissent

même la presque totalité ou même la totalité d'un lobe, à la façon de la pneumonie de l'adulte.

M. Louis a établi que lorsque l'on trouvait quelque part dans l'économie des tubercules, il y en avait conjointement dans les poumons. Cette proposition, qui est vraie pour l'adulte, à peu d'exceptions près, est souvent fausse chez l'enfant en bas âge. Mais M. Trousseau établit une autre proposition qu'il dit presque aussi vraie pour l'enfant du premier âge, que celle de M. Louis l'est pour l'adulte, savoir : que lorsqu'il y a des tubercules dans un point quelconque de l'économie, on en trouve presque invariablement dans les ganglions bronchiques, lors même qu'il n'en existe que dans les poumons. Ce fait d'anatomie pathologique est d'une assez grande valeur quand il s'agit de decider de la nature d'une lésion qui, par sa forme, est sur la limite du tubercule et du phlegmon ; car si, lorsque nous sommes incertains, nous ne trouvons pas de traces de tubercules dans les ganglions bronchiques, il y aura de grandes présomptions en faveur du phlegmon ; le tubercule, au contraire, sera plus probable si dans les ganglions bronchiques on a trouvé un engorgement tuberculeux. M. Trousseau établit encore, et en cela il est d'accord avec les auteurs les plus recommandables qui récemment ont écrit sur les maladies des enfants, il établit, disons-nous, que lorsque l'on trouve dans les poumons d'un enfant en très-bas âge une très-grande quantité de tubercules, les ganglions bronchiques sont en même temps profondément dégénérés.

Il serait sans doute d'un grand intérêt de tirer de ces faits quelques inductions pratiques. Malheureusement M. Trousseau est forcé d'avouer son impuissance à cet égard. Les symptômes de la pneumonie phlegmoneuse ne diffèrent en rien, selon lui, de ceux de la pneumonie lobulaire ordinaire. Quant au traitement, il n'y a rien non plus de spécial; mais il est facile de concevoir que le pronostic de la pneumonie, ordinairement si grave chez les enfants en bas âge, le devient encore davantage si l'inflammation du poumon a une si grande tendance à la suppuration. (*Gaz. des Hôpitaux*, 27 septembre 1844.)

ACIDE OXALIQUE (*Sur la diathèse d'*). M. Vigla avait déjà soupçonné, en 1838, dans les sédiments de quelques urines, des cristaux octoédriques que leur forme aurait pu faire supposer être formés de chlorure de sodium, si la solubilité de ce sel et la petite quantité qui s'en trouvait dans l'urine avaient permis de s'arrêter à cette idée. En 1842, M. Golding Bird constata que ces cristaux octoédriques étaient formés d'oxalate de chaux, et fit la remarque qu'on les observait fréquemment chez les sujets atteints de rhumatisme. Aujourd'hui, M. Benn Jones fait observer que ces cristaux se rencontrent rarement en assez grande quantité pour être facilement analysés; mais il affirme avoir constaté leur présence dans tous les cas de rhumatisme aigu où il les a cherchés, et que, dans certains cas, leur nombre variait aux différentes heures de la journée. Dans un cas où trois petits calculs rénaux avaient été rendus en trois mois successifs, il constata dans l'urine et au microscope une multitude de cristaux octoédriques, tous formés d'oxalate de chaux et mêlés avec quelques cristaux d'acide urique.

M. Jones a observé ces mêmes cristaux octoédriques dans des cas où il n'y avait point de rhumatisme; mais alors les malades se plaignent surtout d'une très-vive irritation des voies urinaires; ils accusent de fortes douleurs dans les reins, un besoin fréquent de lâcher l'urine qui quelquefois est en petite quantité, d'autres fois aussi abondante que dans le diabètes; et si les malades résistent à ce besoin, il en résulte des souffrances cruelles. En examinant l'urine, on y voit un léger nuage qui ne disparaît que par l'application du calorique. Examiné au microscope, ce nuage paraît entièrement composé de cristaux octoédriques fréquemment mêlés à des globules de mucus et quelquefois à de grosses et petites écailles d'épithelium. Les symptômes ressemblent exactement à ceux que détermine la présence de petits calculs dans les reins, et, dans un cas, ils cédèrent subitement à la suite d'une douleur très-vive sur le trajet de l'uretère droit et d'une légère rétraction du testicule.

L'auteur pourrait facilement rapporter un grand nombre de cas de rhumatisme où ces cristaux ont été observés; mais comme il n'en résulte aucune nouvelle indication dans le trai-

tement de la maladie, ce fait n'est intéressant que parce qu'il fait voir quelle connexion existe entre le dépôt rouge et les cristaux octoédriques, et parce qu'il apporte une nouvelle preuve à l'appui de la théorie qu'a émise le professeur Liebig, sur l'origine de l'oxalate de chaux.

L'auteur termine par quelques observations sur le traitement, et dit que celui qui lui a le mieux réussi est l'emploi des moyens propres à relever l'état général des forces et à rétablir la santé. Chez deux sujets chez lesquels les symptômes paraissaient se lier à une anxiété morale, les moyens thérapeutiques ne produisirent que très-peu d'effet ; mais aussitôt que la cause de la peine morale eut cessé, les symptômes disparurent également. (*Dublin Med. Press.*, et *Gaz. Méd. de Paris*, octobre 1844.)

CERVEAU (*Lobes antérieurs du*). *traversés par une balle, sans lésion des facultés intellectuelles.* Lorsqu'un fait exceptionnel à un haut degré se trouve à la fois d'une grande signification dans le sens positif ou négatif, on en doit communication à la science. Celui que M. le docteur Blaquière, de Mexico, vient de communiquer à l'Académie de médecine a droit à être enregistré dans les cas rares, mais la partie physiologique est d'une bien plus haute valeur. Dans la pensée de l'auteur, en effet, il ruine toute une théorie, ou plutôt une hypothèse scientifique longtemps célèbre. Deux enfants imprudents, l'un auteur, l'autre victime, lui paraissent avoir décidé une question que la science n'avait pu qu'imparfaitement résoudre. Quel raisonnement, en effet, peut contre les assertions phrénologiques autant que la simple induction qui découle du fait suivant ?

En 1843, dans le quartier San Pablo, à Mexico, vivait une famille dont le chef était officier de cavalerie. Un des enfants de cet homme, âgé de douze ans, jouait imprudemment avec un des pistolets d'arçon de son père, d'un calibre égal aux nôtres (la balle de dix-sept à la livre); son jeune frère, âgé de quatre ans et demi, se présenta de profil au-devant du canon, le coup partit, traversa la tête d'une tempe à l'autre, et la balle s'amortit dans le plâtre de la muraille opposée.

Il est à craindre que si la mort ne fût arrivée que peu de jours après l'accident, un fait déjà si remarquable ne fût passé inaperçu devant le médecin qui fut appelé. Mais la durée prolongée de la maladie et la circonstance extrêmement curieuse de l'intégrité des facultés intellectuelles chez le jeune blessé surmontèrent enfin une si inconcevable indifférence, et un grand nombre de médecins de la capitale furent appelés à vérifier le fait qui avait déjà vingt jours de date.

Ce jour, comme les suivants, l'auteur trouva le jeune malade ecchymosé aux paupières, assis sur son lit, jouant parfois avec ses jouets, demandant avec impatience plus d'aliments qu'on ne lui en accordait ; assez gai, excepté quand on procédait au pansement qui le contrariait plus qu'il n'en souffrait, et jouissant de tout l'ensemble des facultés intellectuelles que son âge comportait, et l'on sait qu'elles sont précoces chez les enfants de ces climats : la mémoire entière, le jugement sain, le sommeil un peu interrompu, sans doute par défaut d'exercice ; caractère semblable à celui qu'il avait avant l'accident; fonctions corporelles intactes.

L'appareil levé laissait voir l'entrée et la sortie de la balle situées toutes deux à environ un pouce et demi perpendiculairement au-dessus de la commissure de chacun des deux yeux, selon une ligne transversale à l'axe vertical de la tête. Un gros stylet boutonné fut introduit par chacune des plaies et pénétra à vingt lignes au moins de profondeur. Il était évident qu'avec un peu plus de témérité on eût pu le faire traverser d'une plaie à l'autre. On en voyait assez pour conclure que la tête était bien trouée de part en part, et que la balle n'avait pas circonvenu les os en sous-parcourant la peau du crâne.

Six jours se passèrent ainsi sans aucune variation dans l'état déjà décrit du jeune sujet qui fut visité chaque jour et alternativement à l'heure des pansements par bon nombre de confrères mexicains ou étrangers.

Enfin la scène changea ; des symptômes non équivoques d'inflammation se développèrent, et le vingt-neuvième jour le petit malade succomba.

L'autopsie fut faite, l'ouverture du crâne, à l'entrée de la balle, était, comme cela arrive, plus petite et mieux configurée que celle de la sortie; la partie antérieure des deux hémisphères était traversée par la balle.

Au-devant du trajet existait une épaisseur de substance cérébrale de six à huit lignes jusqu'à la table interne ou postérieure du coronal. La substance grise existait encore intacte au-dessus du trajet; les ventricules étaient intacts. La suppuration remplissait toute leur étendue; méninges enflammées.

Quoique ce fait manque de détails et de precision, il n'en est pas moins remarquable. Voilà le siége des plus importantes facultés, selon la phrénologie, qui a été impunément traversé, broyé, presque totalement détruit, et pendant vingt-six jours on n'a remarqué aucune lésion fonctionnelle du cerveau, ni morale, ni intellectuelle, ni même des fonctions corporelles. Nous ne concevons guère quelle explication la phréuologie peut donner de ce fait. Rappelons d'ailleurs que Haller et Zinn avaient déjà déduit de leurs expériences que la substance des lobes cérébraux est impassible et peut être lésée impunément dans une assez grande étendue, et que M. Flourens a établi qu'une portion assez restreinte des lobes cérébraux suffit à l'exercice de leurs fonctions. (*Bul. de l'Acad. roy. de médec*, septembre 1844.)

CŒUR (*Considérations sur le diagnostic de l'anévrysme du*). M. le professeur Forget, de Strasbourg, a lu un travail intéressant sur ce sujet, dans une séance de l'Académie de médecine. En voici la substance :

Pour se faire une idée large et nette du mécanisme et des phénomènes de l'anévrysme du cœur, il est nécessaire de se représenter l'appareil circulatoire comme formant un canal unique, continu, mais variant de capacité, de résistance, de structure, selon les divers points de son étendue. Ce canal est constitué d'avant en arrière, eu égard au cours du sang, par le système artériel résumé dans l'aorte, le ventricule gauche du cœur, l'oreillette gauche, les poumons, l'artère pulmonaire, le ventricule droit, l'oreillette droite, le système veineux résumé dans les veines caves, et enfin le système capillaire.

Eh bien! toutes les fois qu'il existera un obstacle dans un point donné de ce canal, une dilatation pourra se former en arrière de cet obstacle. La dilatation est donc l'expression fondamentale de l'anévrysme.

Mais en outre, suivant la structure des parties dilatées, des phénomènes accessoires pourront se produire; telle est l'hypertrophie, laquelle dépend de la texture musculaire de certains points du canal circulatoire, du cœur en particulier. Or, cette hypertrophie sera d'autant plus considérable que l'appareil musculaire sera plus puissant; d'où résulte que l'hypertrophie est l'apanage presque exclusif du ventricule gauche, car lorsque l'obstacle est en arrière de celui-ci, la dilatation des trois autres cavités s'effectue ordinairement sans épaississement bien considérable. D'où surgit déjà cette donnée nouvelle, à savoir, que la dilatation générale du cœur avec hypertrophie implique la participation du ventricule gauche; c'est ce qui constitue l'anévrysme actif; l'anévrysme passif des auteurs se rapportant à la dilatation des autres cavités du cœur, à l'exclusion du ventricule gauche. Et en effet, M. Forget n'a jamais rencontré d'anévrysme passif du ventricule gauche.

Ainsi l'anévrysme actif et l'anévrysme passif ne seraient plus des modifications diverses des mêmes parties, mais bien le résultat, en quelque sorte obligé du siége même de la dilatation et, partant, du siége de l'obstacle circulatoire: diagnostiquer un anévrysme actif, c'est admettre l'affection du ventricule gauche, dont l'exclusion constituerait un anévrysme passif; et c'est préciser implicitement le siége de l'obstacle (s'il en existe), dans le premier cas, à l'orifice aortique, dans le second cas, celui d'anévrysme passif, à l'orifice urétral ou aux poumons, car la dilatation des cavités droites du cœur seule résulte ordinairement d'un obstacle dans les poumons.

M. Forget ne parle de l'altération organique des orifices du cœur droit que pour signaler son extrême rareté; il n'a jamais rencontré d'altération de l'orifice pulmonaire: une seule fois il a constaté l'altération de la valvule tricuspide, et encore avec complication d'ossification des orifices du cœur gauche; d'où surgit cette conséquence pratique très-importante, qu'il est inutile de s'évertuer, comme on le fait journellement, à distinguer les lésions des orifices droits de celles des orifices gauches, ce qui, d'ailleurs, serait anatomiquement et physiologiquement presque impossible, quoi qu'en disent les auteurs qui n'établissent à cet égard que des principes théoriques.

La difficulté se borne donc, dans la presque universalité des cas, à préciser le siége des obstacles dans l'un des deux orifices du cœur gauche ou dans les poumons. Eh bien! on est trop généralement convaincu que la cause ordinaire de l'anévrysme est la lésion de l'orifice aortique ; le relevé d'un grand nombre d'autopsies permet à l'auteur d'établir : 1° que le rétrécissement aortique isolé n'est pas plus fréquent que le rétrécissement mitral isolé; 2° que le rétrécissement simultané des deux orifices est aussi fréquent que le rétrécissement de chacun d'eux en particulier; en outre 3° le rétrécissement des orifices droits n'existe presque jamais; 4° l'obstacle pulmonaire comme cause de l'anévrysme droit est peut-être plus fréquent à lui seul que toutes les autres causes d'anévrysme; 5° l'anévrysme du cœur droit est un effet obligé de l'anévrysme du cœur gauche.

Il s'agit maintenant de préciser les signes caractéristiques de chacun de ces obstacles. Dans la pratique actuelle, on n'a guère recours pour cela qu'aux bruits normaux du cœur et à leurs diverses modifications de siége et de propagation. Or, cette base est essentiellement insuffisante et trompeuse, en ce que : 1° il existe des bruits anormaux du cœur sans rétrécissement valvulaire; 2° les bruits anormaux n'existent pas toujours et en tout temps dans les rétrécissements valvulaires; 3° les bruits propres à chaque orifice, à chaque altération (rétrécissement, insuffisance), peuvent très-souvent être confondus les uns avec les autres, et d'ailleurs, se compliquent souvent d'une manière inextricable.

Néanmoins ces bruits sont très-précieux, en tant que par leur permanence et leur dureté ils indiquent positivement une lésion valvulaire quelconque; mais ces bruits ne sont pour M. Forget que des éléments de diagnostic accessoires, de fondamentaux qu'ils étaient quant au siége précis des altérations valvulaires.

En résumé, le signe culminant du rétrécissement aortique est la dilatation du ventricule gauche, laquelle existe presque nécessairement avec hypertrophie ; elle se révèle par la voussure précordiale, la force d'impulsion, etc., et, le plus souvent, par le bruit de soufflet propagé dans l'aorte. L'anévrysme du ventricule gauche implique la dilatation passive des autres cavités; dans le rétrécissement aortique il y a donc développement général du cœur donnant à la percussion une matité étendue dans tous les sens; le *cor bovinum* appartient exclusivement au rétrécissement aortique.

Ce défaut de dilatation du ventricule gauche avec dilatation des trois autres cavités est l'effet immédiat du rétrécissement mitral, le plus souvent avec bruit anormal circonscrit dans la région des orifices. Alors la voussure précordiale manque ou est peu prononcée; l'impulsion du cœur est dépourvue d'énergie; la percussion donne une matité plus étendue en travers que de haut en bas; c'est ce qui constitue le cœur *en gibecière*, lequel est l'apanage du rétrécissement mitral. Lorsqu'il y a complication du rétrécissement des deux orifices, les signes sont ceux propres à l'orifice dont le rétrécissement est le plus prononcé.

L'habitude où l'on est aujourd'hui de n'admettre guère que le rétrécissement des orifices comme cause de l'anévrysme du cœur, fait que l'anévrysme isolé du cœur droit est presque toujours méconnu, au moins quant à la cause. Or, cet anévrysme est fréquent et résulte presque toujours de l'engorgement pulmonaire chronique. Dans l'anévrysme droit, les accidents pulmonaires ont précédé les accidents circulatoires, dont, au contraire, ils sont la suite lorsque le cœur est affecté primitivement. Alors on rencontre peu ou point de voussure, impulsion faible; bruit de souffle parfois (par insuffisance tricuspide), mais sans rudesse; pouls plus développé, mais plus mou que dans les cas de rétrécissement; développement transversal du cœur plus étendu à droite, car il s'effectue aux dépens des cavités droites seules. C'est une seconde forme du cœur *en gibecière*.

Les signes de l'hypertrophie concentriques ont été formulés par Bertin et M. Bouillaud; mais les causes sont restées dans l'ombre. Les autopsies ont révélé à M. Forget que cette altération est spéciale au ventricule gauche, qu'elle résulte presque constamment d'un obstacle existant en arrière de ce ventricule, à savoir, du rétrécissement urétral ou de l'engorgement pulmonaire.

Les anciens, Corvisart lui-même, et beaucoup de modernes, attribuaient et attribuent encore beau-

coup d'importance aux symptômes généraux, comme pouvant fournir des signes différentiels entre l'anévrysme actif et l'anévrysme passif. Or, il est clair, *à priori*, et l'observation confirme la théorie, que ces signes, dérivant presque tous de l'obstacle circulatoire, doivent être les mêmes dans tous les genres d'anévrysmes : ainsi l'anasarque, la dyspnée, le reflux veineux, la cyanose, sont les mêmes, soit qu'il y ait rétrécissement aortique ou urétral, dilatation active ou passive, anévrysme droit isolé, voire même hypertrophie concentrique.

Maintenant on demandera peut-être quelles sont les conséquences pratiques qui découlent de ces données diagnostiques? Et d'abord, perfectionner, élucider le diagnostic, c'est servir éminemment la pratique, en épargnant des embarras, des incertitudes au praticien. Or, il est clair, par exemple, qu'un rétrécissement aortique constaté et impliquant l'anévrysme actif ou la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche, on pourra largement user avec sécurité des débilitants et des sédatifs du cœur; et qu'au contraire il faudra se montrer avare de ces moyens dans le rétrécissement urétral ou dans l'anévrysme droit qui constituent deux formes de l'anévrysme passif; car ici le ventricule gauche, non hypertrophié et parfois rétréci, a besoin de toute son énergie pour chasser jusqu'aux extrémités le peu de sang qu'il reçoit. (*Bull. de l'Acad. roy. de Méd.*, septembre 1844.)

DYSTOCIE (*Vagin et col de l'utérus doubles dans un cas de*). L'observation suivante signale une cause de dystocie assez rare pour qu'elle mérite de fixer l'attention des accoucheurs; elle renferme, en outre, un enseignement pratique qui pourra être mis à profit dans un cas semblable. Une femme âgée de 36 ans, primipare, était en travail depuis deux jours; l'accouchement n'avançant pas, malgré des douleurs fortes et régulières, M. le docteur Lesaing fut appelé par le médecin ordinaire, parce que celui-ci ne pouvait pas découvrir le col. M. Lesaing, par le toucher, ne reconnut d'abord rien de semblable à la conformation normale; puis il finit par trouver entre les grandes et les petites lèvres, du côté gauche, à la hauteur du méat urinaire, une ouverture par laquelle il pénétra dans une immense cavité où furent rencontrés la tête du fœtus et un bourrelet en arc qu'il reconnut pour être le col de la matrice. En poussant plus avant le doigt, il agrandit cette ouverture, et trouva enfin près du col une ouverture de communication avec l'autre conduit, l'autre vagin par lequel le médecin ordinaire et lui-même avaient d'abord touché. Les deux conduits étaient complétement séparés par une cloison très-mince de 8 à 9 centimètres de hauteur; le col utérin répondait à celui des deux dont l'ouverture étroite ne pouvait aucunement donner passage à la tête, tandis que celui qui correspondait à l'orifice bien conformé de la vulve, se terminait en cul-de-sac. Mais à l'extrémité de la cloison, très-près du col, il existait une petite ouverture à travers laquelle la fécondation avait dû s'effectuer. La faiblesse de la femme, la durée du travail, l'écoulement, à chaque douleur, d'un peu d'eau jaunâtre; tout montrait que, soit pour la mère, soit pour l'enfant, il n'y avait pas beaucoup de temps à perdre. M. Lesaing résolut de faire la section de la cloison vaginale. Après l'avoir d'abord liée pour prévenir l'hémorrhagie, il entortilla au bout de son doigt indicateur, l'extrémité d'un fil ciré, il l'introduisit ensuite dans l'ouverture anormale jusqu'au col utérin, où il rencontra la fissure latérale de la cloison; il traversa cette fente en pliant le doigt et en ramenant son extrémité vers l'orifice interne où il saisit le fil avec les doigts de l'autre main qu'il avait placés pour aller à sa rencontre. Il serra le fil à 1 centimètre au-dessous du méat urinaire; un second fil fut placé de même et noué le plus près possible du plancher du périnée, pour laisser entre ces deux ligatures un intervalle d'un demi-centimètre où l'on pût pratiquer l'incision; il glissa ensuite le doigt indicateur derrière la membrane ainsi rassemblée, et, avec des ciseaux, il en opéra la section sur la pulpe de son doigt qu'il porta aussitôt après vers le col. Celui-ci se trouvait très-dilaté, mais très-oblique à gauche; quoiqu'on eût pris le soin de faire coucher la malade sur le côté droit, pour remédier à cette obliquité, une heure s'écoula sans qu'il survînt aucun changement dans la position de la tête : les accidents prenaient plus d'intensité. M. Lesaing recourut alors à l'emploi du

forceps, qui, après quelques difficultés d'application, amena un enfant très-délicat, mais qui vécut; la délivrance fut faite une heure après. La guérison était complète le vingtième jour. (*Journ. des Conn. méd.*, sept. 1844.)

FIÈVRES EXANTHÉMATIQUES (*Incertitude fréquente du diagnostic de certaines*). Tous les praticiens savent combien le diagnostic des diverses fièvres exanthématiques offre souvent d'incertitude, et combien, à leur début, il est facile de les confondre avec la fièvre typhoïde commençante, surtout dans les cas où l'éruption caractéristique se fait tardivement. Nous avons publié (t. XXIII, p. 401) une note de M. le docteur Amédée Latour sur la possibilité de cette erreur, aujourd'hui bien signalée, mais encore journellement commise, principalement dans le début des varioles et des scarlatines. L'intention de M. Thirial est d'appeler l'attention sur deux autres maladies éruptives qui peuvent fournir matière à la même erreur.

Un jeune homme de vingt-trois ans, très-pléthorique, est pris subitement des symptômes d'une vive congestion céphalique et pulmonaire, auxquels viennent s'adjoindre les signes ordinaires d'un léger embarras gastrique; on leur oppose une petite saignée et un léger purgatif. Cet état d'indisposition durait depuis cinq jours, lorsque tout à coup le malade est saisi d'un frisson considérable avec un grand froid aux pieds, auxquels succède une sueur abondante. Les jours suivants, on vit se développer successivement un appareil de nombreux symptômes : céphalalgie, toux laryngée, âpre, incessante; sécheresse du pharynx, avec gêne de la déglutition, sans rougeur du voile du palais ni inflammation des amygdales; quelques vomissements, langue saburrale, sans rougeur; éructations fréquentes, deux ou trois épistaxis, gencives couvertes d'un enduit nacré, quelques selles liquides, gargouillement dans la fosse iléo-cœcale, insomnies persévérantes, sentiment de faiblesse, mais sans stupeur; pouls à 92-96, fort, développé; chaleur modérée, sueurs profuses.

En présence de cet appareil de symptômes, il était difficile de ne pas avoir l'idée d'une fièvre typhoïde de forme inflammatoire, surtout à une époque où cette maladie régnait ou venait de régner d'une manière presque épidémique. Telle était la pensée de M. Thirial, lorsque le neuvième jour depuis le début des premiers symptômes et le quatrième depuis le gros frisson, il vit apparaître sur le côté gauche de l'abdomen une multitude de petites taches rouges, distinctes, recouvertes de vésicules, les unes semi-transparentes, les autres contenant un liquide lactescent. Le lendemain et les jours suivants l'éruption était encore plus abondante; elle avait gagné les lombes, et elle se répandit ensuite sur tout le ventre et sur le flanc droit. En même temps les vésicules de même nature couvrirent la nuque, et en examinant attentivement le reste du corps, nous pûmes découvrir, principalement sur la partie interne des bras et sur le ventre, un assez grand nombre de vésicules tout à fait diaphanes, sans rougeur à la circonférence. Du reste, ni les unes ni les autres ne donnaient lieu à aucun prurit. En un mot, ce malade offrait, pour M. Thirial, un exemple de miliaire avec sa double variété: la *miliaria rubra* et les *sudamina* proprement dits.

En quatre jours, l'éruption était complète; de ce moment, on vit diminuer et tomber peu à peu tous les symptômes, à l'exception des sueurs qui persistèrent plus longtemps. Au septième jour, les taches rouges s'éteignent, les vésicules s'affaissent sans se rompre et tendent à disparaître par la résorption du liquide quelles contiennent.

Autre observation analogue : Un enfant de sept ans, d'une constitution lymphatique, assez sujet aux angines, éprouva, pendant une huitaine de jours, vers le soir, des frissons qui furent suivis pendant la nuit de sueurs extrêmement abondantes. Vers le dixième jour, gonflement des glandes lymphatiques du cou et tuméfaction de l'amygdale du même côté; en même temps fièvre vive. Le lendemain, à la suite d'un cataplasme, il trouva tout le côté gauche du cou entièrement couvert de petites vésicules miliaires reposant sur un fond rouge. Mais bientôt, en examinant le reste du corps, il découvrit un certain nombre de vésicules tout à fait semblables à la région du sacrum, et le lendemain il trouva des sudamina sur d'autres parties du corps. Quelques jours après survient

une autre espèce d'éruption ; ce sont des plaques *d'erithema nodosum* répandues sur la partie antérieure des jambes ; une autre plaque a son siége sur le menton.

Cette dernière circonstance, dit M. Thirial, me ramène à mon point de départ. L'erythème noueux est une des maladies exanthématiques qui peuvent quelquefois en imposer pour une fièvre grave, en raison de l'intensité des phénomènes fébriles qui le précèdent, et surtout en raison de l'apparition, souvent tardive, de l'éruption. Je l'ai vue se faire attendre près de deux septénaires, et j'ai vu dans ces cas les médecins les plus habiles, dans l'impossibilité de rattacher cet appareil fébrile, si persistant, à aucune phlegmasie interne, diagnostiquer, par voie d'exclusion, une fièvre typhoïde qui n'existait pas. D'autre part, dans le début de cette maladie, il existe communément des douleurs articulaires très-vives, qui ont fait croire plus d'une fois à une attaque imminente de rhumatisme aigu. Il est encore utile de se tenir en réserve sur ce point. (*Compte-rendu de la Soc. méd. prat. de Paris, Gaz. des Hôp.*, 10 septembre 1844.)

FONGUS ÉRECTILE *de la main, avec lésion organique vasculaire de tout le membre.* L'observation que nous rapportons d'après le docteur Guillon, qui l'a communiquée à la Société de médecine pratique de Montpellier, renferme la description fort complète d'une maladie qui ne se rencontre que rarement, et qui, par sa gravité, mérite de fixer à un haut degré l'attention des chirurgiens. *Obs.* Mademoiselle Emilie P., née de parents sains, douée d'un tempérament lymphatique et voisin du scrofule, portait à la main droite un *nœvus congénital* qui, commençant à la base palmaire du pouce, descendait sur le doigt indicateur pour en occuper la face antérieure, à l'exception de la deuxième phalange ; son plus grand développement répondait à la base de ce doigt et à son extrémité pulpeuse. A huit ans, le doigt dépassait de six lignes en longueur le doigt médius ; ses dimensions en épaisseur prirent un développement analogue. A l'époque du printemps, l'hypertrophie était plus marquée. A douze ans, un petit bouton, survenu à l'extrémité du doigt, ayant été arraché, le sang jaillit aussitôt. De quatorze à seize ans, époque de la puberté, la tumeur s'accrut rapidement ; les règles apparurent en même temps. En 1837, une première hémorrhagie considérable eut lieu : deux litres de sang s'échappèrent en jet continu. On employa pendant vingt jours la compression, la glace et une saignée : la compression étant devenue insupportable, le docteur Castellaz, de Neufchâtel, pratiqua la ligature de l'artère radiale. Une amélioration de quelques jours de durée seulement suivit cette opération : jusqu'en 1840, la tumeur ne fit pas cependant grand progrès ; à cette époque, une aménorrhée survint et dura quatre mois ; pendant ce temps, la tumeur augmenta beaucoup. La phalangine parut se dessécher, et la chute de sa plus grande partie, qui s'effectua en mars 1841, s'accompagna d'une nouvelle hémorrhagie. En octobre de la même année, la malade perdit encore près de deux litres de sang : en tout, elle a eu une vingtaine d'hémorrhagies, dont cinq très-considérables. En 1842, la jeune fille, passant à Genève, prit une consultation de MM. Maunoir, Mayor Jenn et Staëlin ; ces chirurgiens proposèrent la ligature des trois principales artères du membre. Ce conseil ne fut pas suivi. L'état local de la maladie était le suivant : le doigt indicateur avait triplé de volume, sa couleur était d'un violet bleuâtre ; il présentait au toucher la sensation d'un tissu spongieux, avec une certaine fluctuation. A son extrémité, le tronçon dénudé de la phalangine fait saillie au milieu d'une plaie que recouvre une suppuration glaireuse : à la base de ce doigt et sur l'éminence Thénar, s'élève une double tumeur, ressemblant à peu près à une tomate lie de vin. Elle se fane en partie par la compression exercée audessus d'elle ; lorsqu'on cesse de comprimer, le choc du sang y détermine un élancement douloureux. Toute la tumeur offre le frémissement cataire, et des pulsations isochrones aux battements artériels. Un thermomètre placé dans la main malade donne 32°, et 29° seulement dans la main opposée, c'est-à-dire la gauche ; la malade soutient constamment avec la main gauche sa main droite, qu'elle dirige en haut. Sitôt qu'elle incline celle-ci vers le sol, les veines s'y dessinent comme de gros cordons variqueux ; et la

partie enfle considérablement. Jusqu'au 15 février 1843, la malade, qui a actuellement vingt-deux ans, prit successivement l'avis de plusieurs chirurgiens dans diverses villes où elle séjourna; on lui proposa soit l'amputation de l'avant-bras, soit l'excision de la tumeur, en la faisant précéder de la ligature des artères principales du membre; et ce fut seulement à cette époque qu'elle se confia aux soins éclairés de M. le professeur Serre, de Montpellier. Les mêmes symptômes que nous venons de décrire, persistent; mais la tumeur s'est étendue, et le reste du membre participe à l'altération de la main. Le *susurrus*, tantôt continu, tantôt saccadé, se fait entendre jusqu'à trois ou quatre doigts au-dessus du pli du coude; dans toute cette région il y a des battements, et le toucher donne la sensation que produit le tissu érectile. Plus haut, vers l'aisselle, le susurrus se transforme en un bruit de soufflet, que l'on peut suivre jusqu'au-dessus de la clavicule et sur le côté droit du cou; rien de semblable ne s'observe à gauche. La plus légère compression sur un point quelconque du membre, ou même sur le côté du cou, occasionne une vive douleur et le gonflement des parties situées au-dessous. La peau, quoique considérablement amincie, ne s'est jamais ulcérée; il n'y a de solution de continuité qu'à l'extrémité de la phalangine, où une exsudation purulente continue de se faire. Sur presque tout le membre, et surtout au-devant du carré pronateur, les veines se montrent sinueuses et prodigieusement dilatées. La réunion de tous ces symptômes conduisit M. Serre à diagnostiquer une tumeur fongueuse érectile, avec prolongement de la même dégénérescence de tissu jusqu'au-dessus du coude; il considéra ce fait bien moins comme un fongus hématode local, que comme une lésion profonde du système veineux et artériel de tout le membre: il conclut à l'inutilité et à la contre-indication de toute opération chirurgicale. Cette opinion fut partagée par MM. Delmas et Dubreuil; M. Gensoul, que la malade consulta en passant par Lyon, fut du même avis que les chirurgiens de Montpellier. Pour motiver son diagnostic et justifier le parti qu'il prit de s'abstenir de toute opération chirurgicale en présence d'une lésion organique dont l'issue promptement mortelle ne pouvait être douteuse, M. Serre se rappela que, décrite par M. Breschet sous le nom d'anévrysme par transfusion (variqueux ou artérioso-veineux), et par Delpech sous celui de *fongus hématode*, la maladie en question consistait dans l'altération des vaisseaux artériels dilatés, et en partie aussi dans la formation d'un organe nouveau de nature érectile: or, si on recherche les causes de cette singulière et grave lésion, l'anatomie pathologique nous apprend qu'elle réside dans une prédisposition générale, dont l'effet est d'agir sur la tunique artérielle, qu'elle détruit par des modes très-variés. C'est cet état pathologique que plusieurs auteurs ont décrit sous la dénomination de *diathèse anévrysmale*. Dans ce cas, l'observation démontre que rarement l'altération est bornée aux seuls endroits où nos moyens d'investigation peuvent l'apprécier; le plus souvent on en trouve des traces loin de son siége principal: elle s'étend à tout un membre, à toute une moitié du corps, à tout le système vasculaire enfin. En preuve de ce que nous avançons, nous citerons les observations 7ᵉ, 8ᵉ, 9ᵉ et 10ᵉ du mémoire de M. Breschet (*Voy. les Mém. de l'Acad de méd.*, tome III). Or, si on réfléchit que, dans ces dilatations artérielles et veineuses, développées spontanément sous l'influence d'une cause générale, les ligatures et l'amputation elle-même sont insuffisantes, on comprendra les motifs qui ont déterminé la conduite du chirurgien, et, en saine pratique, on sera disposé à les approuver. Car, en éliminant tout d'abord, *compression, réfrigérants* et *toute action directe sur la tumeur*, dira-t-on que la ligature des principales artères était indiquée? Mais il est clair qu'elle ne présentait aucune chance d'empêcher le sang d'arriver à la tumeur: les malades cités par M. Breschet ne laissent aucun doute à cet égard; l'opération fut en effet fatale à la plupart. Richerand (*Voy. Dict. des Sc. méd.*, art. ANEVRYS. SPONGIEUX) déclare qu'il n'y a que l'amputation du membre qui jusqu'à présent offre quelques chances; mais la condition indispensable au succès, c'est d'enlever tout l'organe malade. Pott le recommande très-formellement. Et c'est précisément ce qui se présentait chez la jeune Emilie ***. Il fallait remonter jusqu'à l'épaule et

même au-dessus, sans avoir la certitude de tomber sur un tissu sain, et il était de plus permis de craindre le malheur arrivé à Delpech, dont le malade tomba foudroyé par l'hémorrhagie, et par l'entrée présumée de l'air dans les veines, au moment même où il se hâtait d'achever la désarticulation. Pareil accident arriva à Wardrop, dans l'extirpation d'une tumeur érectile de la tête. Enfin, supposé même que l'opération fût heureuse, ne serait-on pas à peu près sûr de voir bientôt le mal repulluler à la surface du moignon, et plus près, par conséquent, des centres de la vie? (*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, juin 1844.)

GRENOUILLETTE (*D'une nouvelle opération de la*). Le *Bulletin de Thérapeutique* a déjà fait connaître la nouvelle méthode de traitement de la grenouillette, proposé par M. Jobert; on se rappelle que ce chirurgien enlève toute la membrane muqueuse qui recouvre la tumeur salivaire, sans toucher à celle-ci. Au moyen de cette dissection toujours fort délicate, il détermine une perte de substance limitée à toute l'étendue du kyste qui reste intact et entouré par le bord saignant de la muqueuse buccale. Le chirurgien incise alors le kyste parallèlement à la branche horizontale du maxillaire inférieur. Cette incision donne pour résultat deux lèvres qui sont écartées l'une de l'autre et renversées la lèvre antérieure en avant, la lèvre postérieure en arrière, puis elles sont fixées à l'aide de plusieurs points de suture, la première au bord de la muqueuse qui correspond à la mâchoire, la seconde au bord de celle qui se trouve au-dessous de la base de la langue : c'est un *double ourlet* qui se trouve ainsi constitué par cette suture qui a pour résultat de maintenir le kyste ouvert au fond du plancher de la bouche; car il ne tarde pas à s'établir des adhérences solides entre le bord de la muqueuse divisée et chacune des lèvres renversées sur elles-mêmes, comme je l'ai dit, et portées au contact de ce même bord par une véritable autoplastie. En revenant aujourd'hui sur le procédé opératoire de M. Jobert, nous n'avons pas eu seulement en vue d'en rappeler le mécanisme si ingénieux et ses résultats satisfaisants que théoriquement il semble devoir donner : aujourd'hui la question est plus avancée, et ce qui était encore à l'état de problème il y a quelques mois, se trouve aujourd'hui avantageusement résolu par les succès que l'auteur a obtenus. Entre autres, nous choisissons le suivant qui s'est passé sous nos yeux. — *Obs.* Louise Delaunay, âgée de huit ans, est présentée à M. Jobert au commencement d'août. Elle s'est plainte, il y a huit jours, d'un engorgement avec tension douloureuse dans la région sous-maxillaire droite et de gêne dans le mouvement de la langue. En lui faisant ouvrir la bouche, on aperçoit une petite tumeur siégeant à droite, sur le plancher de la bouche, sous la langue, depuis la première incisive jusqu'à la première molaire. Cette tumeur soulève l'extrémité de la langue et en gêne les mouvements; ses parois sont transparentes; vers son extrémité interne, une petite saillie muqueuse, rosée, représente sans doute l'ouverture oblitérée du canal de Warthon. Cette tumeur est tendue, mais n'est pas fluctuante. L'existence de la grenouillette une fois bien constatée, M. Jobert pratiqua son opération. Après l'incision du kyste, il s'écoule un liquide visqueux, transparent, filant, qui n'est autre chose que la salive épaissie par son séjour prolongé dans les conduits naturels : on voit alors le fond du kyste tapissé par une membrane rosée; un peu à droite, un très-petit orifice donnant issue à la salive et que l'on regarde comme étant le canal de Warthon. Le lendemain fièvre, bouche brûlante, sèche. La malade ne peut ni parler, ni boire sans douleur, elle rejette toute la journée une quantité de salive. Ces accidents ne tardent pas à diminuer, et sont terminés le troisième jour. La plaie est en voie de cicatrisation, il reste deux points de suture qu'on enlève; la région sous-maxillaire n'est plus engorgée. Au vingtième jour, les parties sont entièrement cicatrisées. Derrière la deuxième dent incisive droite, existe un petit pertuis ovalaire dont le grand diamètre a deux ou trois millimètres d'étendue, et qui fait fonction de l'ouverture du canal de Warthon. Les bords de cette ouverture sont un peu saillants et en forme de bourrelet ; la salivation est toujours abondante. (*Gaz. des Hôp.*, 21 septembre 1844.)

HÉMORRHAGIE SUPPLÉMENTAIRE DES RÈGLES, *se faisant par*

divers points de la peau et des membranes muqueuses. Nous trouvons dans l'un des derniers comptes rendus de la Société médicale d'émulation, une observation fort intéressante de déviation des règles, qui a été communiquée à cette Société par un de nos collaborateurs, le docteur Am. Forget. La science possède, sans doute, des cas analogues, mais il est vrai de dire que le plus souvent les auteurs se sont contentés de les énoncer, sans étudier avec soin les phénomènes qu'ils ont présentés; aussi ce sera, suivant nous, ajouter une page utile à l'histoire de la menstruation que de reproduire *in extenso* l'observation de notre confrère, qui n'a rien négligé pour la rendre complète.

Mlle M..., demeurant à Paris, chez ses parents, est une jeune fille brune, d'une grande fraîcheur, ayant les cheveux et les yeux noirs; âgée de seize ans, elle est douée d'une bonne constitution; elle a été réglée il y a un an, c'est-à-dire à quinze ans. Jusqu'à cette époque, M... *a été souvent indisposée, elle a surtout souffert de violents maux de tête et de migraine.* L'éruption des règles a été tout à fait indolore, et tous les mois, depuis son apparition, le flux menstruel s'est exactement reproduit sans que la jeune fille éprouvât le moindre malaise : il dure de trois à quatre jours.

Le 27 mars dernier, époque ordinaire de la menstruation, les règles parurent et ne coulèrent que pendant deux heures, pour cesser complètement, à la suite d'un vif saisissement qu'éprouva la jeune fille. Le lendemain, M... accusa une violente céphalalgie; elle avait la face rouge, les yeux vifs, animés, elle éprouvait une envie de dormir presque continuelle; les battements du cœur avaient acquis une force et un développement insolites. L'appétit était nul.

Ces symptômes persistèrent au même degré d'intensité pendant trois jours. Le 1er avril, en s'éveillant le matin, M... fut fort surprise d'éprouver de la difficulté à ouvrir l'œil droit, dont les paupières adhéraient entre elles; en outre elle avait la sensation que donne un corps étranger en contact avec la surface du globe oculaire; l'étonnement de la jeune fille augmenta, lorsqu'en se présentant à sa mère, celle-ci lui dit qu'elle portait des taches de sang sur la joue et sur les paupières du côté droit. Un médecin appelé immédiatement dit que, sans doute, la jeune personne s'était donné un coup en dormant, et que cela ne pouvait avoir aucune gravité. Mais, à trois reprises différentes, pendant la journée, l'œil droit devint le point de départ d'un écoulement de sang qui se fit à l'angle naso-palpébral (ou grand angle). Chaque fois l'écoulement durait de deux à quatre minutes, il s'effectuait goutte à goutte et le sang arrivait sur la joue, à la manière des larmes, où il se desséchait si on ne prenait pas soin de l'essuyer. Cette hémorrhagie fut constatée deux fois par les parents de la jeune fille qui, fort effrayés, consultèrent plusieurs médecins au nombre desquels je me trouvai. Une fois, je fus témoin de l'hémorrhagie; le sang fut recueilli sur un mouchoir: il était rouge vermeil, et il y laissa une douzaine de taches. Pendant dix jours, le sang coula de cette manière toutes les trois ou quatre heures, non-seulement par le grand angle de l'œil, mais encore de la joue droite, du dos du nez, du menton; sur ce dernier point principalement, l'hémorrhagie fut remarquable : on voyait sortir le sang en gouttelettes de plusieurs endroits à la fois; le conduit auditif externe de l'oreille droite en présenta aussi, mais une seule fois ; au cuir chevelu, dans la ligne de séparation des cheveux et au dos de la main droite, j'observai le même phénomène hémorrhagique. Ce flux de sang n'était annoncé par aucun symptôme local; ni démangeaison, ni chaleur, ni rougeur particulière: seulement, quand il était près d'avoir lieu, la rougeur de la face était plus marquée et la céphalalgie plus intense. Ces deux phénomènes diminuaient ensuite, sans toutefois cesser complétement, de telle sorte que, pendant les dix jours que l'on put observer cette singulière hémorrhagie, la face offrit un état congestionnel permanent, mais à des degrés variés, suivant qu'on l'observait avant ou après le flux de sang. La mère de cette jeune fille m'a assuré qu'une fois sur la langue, près de sa pointe, il y avait eu transsudation de cinq ou six gouttes de sang. En résumé, tous les points ci-dessus indiqués ont été le siége de l'hémorrhagie dont il est question, et, pour l'abondance de celle-ci et sa fréquence, on peut les ranger dans l'ordre qui suit : 1° le menton, plu-

sieurs fois tous les jours; 2° la joue et le nez; 3° le grand angle de l'œil; 4° le dos de la main; 5° le conduit auditif et le cuir chevelu, une fois chacun; 6° la langue. Une particularité qu'il importe de noter, c'est que l'hémorrhagie n'a jamais eu lieu au grand air, dans les promenades, mais toujours quand la jeune fille restait dans l'appartement.

Quant aux phénomènes anatomiques aperçus au moment même où le trouble fonctionnel de l'organe cutané se traduisait à l'extérieur, je n'en ai remarqué aucun qui fût bien appréciable, du moins primitivement. La consistance, la couleur et la caloricité de la peau étaient les mêmes pour toute la face, sans offrir aucune nuance particulière sur les points où le sang apparaissait par une véritable transsudation. Deux jours après que l'hémorrhagie eut cessé, c'est-à-dire le 12 avril, je remarquai sur la joue droite, dans le point correspondant au siége qu'elle occupait, une très-petite tache d'un blanc rosé, lenticulaire, dépassant très-légèrement le niveau des parties voisines, et offrant à son centre comme un trait blanchâtre analogue à une cicatrice superficielle, sans, d'ailleurs, aucune induration appréciable. Toute la surface du menton est semée de petits points rouges, comme érythémateux; au toucher la peau est rugueuse, comme chagrinée, et elle est le siége d'une sorte de desquamation furfuracée.

Sur le dos de la main droite il existe plusieurs crevasses superficielles; la peau y donne, au toucher, la même sensation que celle que l'on perçoit au menton. M... avait, avant cet accident, la peau de toutes ces régions fine, souple et très-lisse.

Le 15 avril, l'hémorrhagie, qui n'a plus reparu à la surface cutanée, s'est subitement manifestée à la muqueuse intestinale. M... fut surprise par de violentes coliques qui se calmèrent aussi promptement qu'elles s'étaient produites, aussitôt qu'elle eut rendu par l'anus la valeur, à peu près, d'un verre de sang liquide et vermeil. Cette hémorrhagie intestinale ne s'est pas renouvelée. Elle a eu pour résultat de faire disparaître presque complétement les douleurs de tête et les autres symptômes de congestion céphalique, dont nous avons signalé l'existence en commençant. Depuis, la jeune fille se porte assez bien, elle fait de longues promenades sans trop se fatiguer; les battements du cœur restent toujours forts, durs et développés, sans bruit anormal toutefois.

Le traitement mis en usage contre la singulière affection qui vient d'être décrite consiste en pédiluves sinapisés, fumigations d'armoise, quarts de lavement chauds, de l'exercice, et à l'intérieur une infusion d'armoise. Contrairement à mon avis, M[lle] M..., chez laquelle j'avais jugé peu probable le retour des règles, en raison du temps déjà long qui s'était écoulé depuis leur suppression quand je fus consulté, ne voulut pas se soumettre à une saignée ou à une application de sangsues. A la fin d'avril, à peu près à l'époque des règles, celles-ci ont, paru par la voie naturelle. *(Compte-rendu de la Soc. méd. d'émul. Gaz. des Hôp. Sept.* **1844.***)*

INJECTIONS IODÉES (*Des accidents que peuvent déterminer les*). —A l'époque où, reprenant les expériences du docteur Martin (de Calcutta), M. Velpeau employa dans son hôpital et préconisa dans ses écrits les injections avec la teinture d'iode pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle, il signalait, entre autres avantages de ce liquide, celui d'être absorbable, et, conséquemment, de ne pas devoir exposer, par son infiltration dans le tissu cellulaire, aux inflammations gangréneuses comme le vin. Plus tard, M. Vidal de Cassis se montra plus affirmatif que M. Velpeau, car nous lisons à *la page* 675 *de son cinquième volume de pathologie externe*, le passage suivant: « Il est aussi absorbé (ce liquide) quand par accident il se met en contact avec le tissu cellulaire : il ne donne donc pas lieu à des abcès et à la gangrène du scrotum, comme le vin.» Malgré l'influence des autorités que je viens d'indiquer, tout le monde ne demeura pas convaincu de cette innocuité du liquide iodé à l'état d'infiltration dans nos tissus; et voilà que, tout récemment, le docteur Charles Babault vient de publier les résultats d'une série d'expériences qu'il a faites en vue d'éclairer un point de thérapeutique sur lequel il n'est pas inutile d'appeler de nouveau l'attention des praticiens. Essayons donc de résumer ces expériences. *Exp. I.*— Injection d'un mélange de 64 grammes d'eau et de 15 grammes de teinture d'iode dans le tissu cellulaire de la cuisse droite

d'un chien : le lendemain, inappétence, immobilité, abattement; les deux jours suivants, vomissements de matière bilieuse; le quatrième jour, mort : *à l'autopsie*, teinte rose du tissu cellulaire, ramollissement des couches musculaires superficielles qui leur donne l'aspect de la viande bouillie; injection vasculaire des parties environnantes; épanchement sanguin dans le tissu cellulaire de l'aine. L'analyse chimique des viscères donna des traces d'iode. *Exp. II.*—Sur un autre chien, 125 grammes d'eau et 31 grammes de teinture d'iode furent injectés dans le tissu cellulaire de la cuisse d'un caniche; le lendemain gonflement considérable du membre, inflammation gangréneuse qui met les muscles à nu et détruit le ligament suspenseur de la verge; les jours suivants, toux, selles demi-liquides, chute des tissus sphacélés, toute la face interne de la cuisse est privée de sa peau : mort le sixième jour au soir : *à l'autopsie*, fausses membranes dans la poitrine, abcès dans le poumon, infiltration purulente de tout le membre, le ligament suspenseur de la verge est détruit, ainsi que le tissu cellulaire qui environne le cordon spermatique. Dans une troisième expérience, l'animal a survécu, mais il a présenté un abcès à la cuisse et une gangrène du tissu cellulaire. Sur un quatrième chien, l'injection iodée donna un résultat à peu près semblable; il y eut escbare de la peau de la cuisse et ulcère fort étendu de cette région. Après la guérison, l'animal resta dans un état d'extrême maigreur. Ces expériences démontrent, dit le docteur Babault, que le traitement par les injections iodées exige un opérateur habile, que l'iode produit les mêmes accidents reprochés au vin par son infiltration dans le tissu cellulaire du scrotum, et que sa qualité d'être absorbable, tant alléguée par ses partisans, devient un véritable défaut, puisqu'en raison même de l'absorption il peut occasionner la mort. Maintenant, si nous quittons le terrain de l'expérimentation pour rentrer dans le domaine de l'observation clinique, nous entendrons M. Jobert (de Lamballe) nous dire qu'au n° 21 de la salle Saint-Augustin, il a eu à traiter un homme pour un cas de gangrène du scrotum consécutive à une injection de teinture iodée faite en ville pour la cure d'une hydrocèle. Ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération; il faut les connaître et les avoir toujours présents au moment de pratiquer l'opération de l'hydrocèle par la méthode dont il est question; ils apprendront à redouter l'infiltration du liquide iodé qui n'est pas sans danger comme on l'a avancé, et à s'entourer de toutes les précautions nécessaires afin de l'éviter. Quant aux autres avantages attribués à l'injection faite avec la teinture d'iode, ils sont contestés par plusieurs chirurgiens, comme on peut le voir dans le *Compte-rendu de la séance de la Société de chirurgie du 17 septembre* 1844. C'est ainsi que M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, n'est pas partisan de l'iode; il a vu des récidives chez des malades opérés par M. Velpeau, et lui-même, qui a employé cette substance sur six malades affectés d'hydrocèle, a vu deux récidives. Dira-t-on que l'insuccès signalé doit être mis sur le compte de l'opérateur et non pas attribué à la méthode? mais nous ferons remarquer qu'ici les noms seuls des deux chirurgiens que nous citons offrent une garantie suffisante d'habileté et de prudence. Cet argument que certaines personnes ont mis en avant n'est donc pas soutenable. On a prétendu que l'injection iodée produisait moins de douleur que l'injection vineuse. M. Michon, autre chirurgien des hôpitaux, combat cette assertion qu'il regarde comme erronée : il soutient que l'une ne détermine pas plus de douleur que l'autre; il s'en est assuré en opérant une hydrocèle double par les deux liquides, et le patient n'a pas éprouvé de différence dans la douleur après l'une ou l'autre injection. M. Michon ajoute qu'après l'injection iodée, il a vu des abcès quelquefois se développer dans la tunique vaginale. Des faits que nous venons de résumer, il résulte que le traitement de l'hydrocèle par l'injection avec la teinture d'iode est loin d'être aussi inoffensif que le croyait M. Velpeau, et que l'assurait plus tard M. Vidal. Il en est de cette méthode curative comme de presque toutes les autres; si elle a enregistré de nombreux succès, elle a eu aussi ses mécomptes : ce qui revient à dire qu'en thérapeutique l'absolu ne saurait exister. (*Journ. des Connaiss. Méd.*, sept. 1844, et *Gaz. des Hôp.*, 5 oct. 1844.)

LUXATION *de la tête du péroné.*

Il n'existe pas dans la science un seul exemple de luxation simple de la tête du péroné; tous ceux que nous connaissons se rattachent à des circonstances particulières sur lesquelles nous reviendrons, une fois que nous aurons soumis à l'attention de nos lecteurs le fait suivant, qui s'offre à nous sous la garantie d'un savant confrère, le professeur Dubrueil, de Montpellier.

M. Au..., d'une bonne constitution, veut franchir, en sautant, trois marches d'un escalier en pierre, quand, pour prévenir une chute imminente, il contracte subitement les muscles des membres inférieurs et porte avec force la jambe droite dans l'abduction. Aussitôt il ressent une douleur vive vers l'extrémité supérieure du péroné droit, se laisse choir et éprouve une syncope. On le relève, et à l'aide d'un bras il se traîne chez lui. Appelé immédiatement, je suis frappé de l'étendue du déplacement de la tête du péroné; portée en arrière, elle est environ à un pouce de distance de la tubérosité externe du tibia et forme, sous les téguments distendus, un relief considérable; il est à remarquer que ceux-ci sont intacts; le pied est déjeté en dehors, le malade accuse un sentiment de froid et d'engourdissement dans toute l'étendue de la région péronière. M. Dubrueil nous apprend qu'il fit placer la jambe dans la demi-flexion, et pressant sur la tête de l'os d'arrière en avant, il parvint à la restituer dans ses rapports normaux. A la suite de cette manœuvre facile, les deux jambes ne présentent plus aucune différence. Des compresses résolutives furent appliquées et maintenues par un bandage circulaire; le membre mis en extension repose sur un coussin conoïde. Le lendemain, le malade a beaucoup souffert dans la nuit, il a été obligé de faire relâcher le bandage; le déplacement s'est reproduit : cette fois, la réduction s'opère moins promptement, bien qu'il n'y ait pas de gonflement des parties molles. Le premier appareil est remplacé par une genouillère en cuir, médiocrement serrée. Au bout de douze jours d'une immobilité complète, le chirurgien fait exécuter avec précaution quelques mouvements au membre, et il permet au blessé de faire quelques pas dans sa chambre. Dix-sept jours après l'accident, qui eut lieu le 17 février, M. Au... peut, à l'aide d'une canne, se transporter à son bureau qui est voisin de sa demeure. Pendant quelque temps, la jambe a eu de la tendance à s'incliner en dehors; aujourd'hui, la marche est facile et assurée; un gonflement à peine marqué fait seul reconnaître l'articulation qui a été le siége du mal. L'auteur de cette observation, cherchant à se rendre compte du mécanisme de la luxation, se demande s'il n'existait pas dans les ligaments péronéo-tibiaux une laxité qui aurait prédisposé M. Au... au genre de déplacement articulaire dont il fut atteint. Cette opinion ne lui paraît pas admissible, M. Au... n'ayant jamais rien éprouvé lorsqu'il marchait ou qu'il courait. Il est bon, cependant, de rappeler que Bichat dit, dans son *Traité d'anatomie descriptive*, qu'il a vu ces ligaments assez lâches pour permettre un déplacement d'un demi-pouce, surtout en arrière. Charles Bell, à son tour, signale un cas dans lequel la tête du péroné s'éloignait de près d'un pouce de la tubérosité externe du tibia. Enfin, dans ce même travail que nous analysons, M. Dubrueil raconte qu'il a été consulté naguère par un ecclésiastique âgé et débile, dont l'articulation péronéo-tibiale supérieure gauche offrait une luxation incomplète. Il y remédia à l'aide d'une bande de flanelle exerçant une certaine constriction sur la tête du péroné. Mais, pour revenir à notre observation, disons que l'auteur, se fondant sur l'absence de toute espèce de lésion des parties molles externes du membre, rejette l'idée d'une luxation produite par la violence de la chute et le poids du corps; et il s'arrête à la pensée que la contraction du biceps violente et spontanée a bien pu déplacer la tête du péroné. Le blessé a toujours répété que c'est consécutivement au mouvement forcé de rotation de la jambe en dehors qu'il éprouva une douleur tellement vive qu'il se laissa tomber; nous avons dit que le déplacement de la tête du péroné s'était effectué en arrière. En terminant, nous rappellerons que Boyer rapporte, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, un cas de diastasis de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, survenue par suite d'une luxation du pied en dehors. Leveillé signale la coïncidence d'une fracture oblique du tibia avec déplacement de la tête du péroné parvenue jusqu'à la tubérosité externe du fémur. *Sanson*, *Astley*

Cooper et *Benjamin Travers* citent également des exemples de luxation de la tête du même os, mais toujours elle est accompagnée de fracture du tibia, et se rattache à une violence exercée directement sur le membre. (*Jour. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, juin 1844.)

PHTHISIE PULMONAIRE (*Sur l'emploi des lotions alcooliques dans le traitement de la*). Si cette publication ne portait pas le nom d'un homme connu dans la science, M. Marshall Hall, et dont nous n'avons aucun motif de suspecter la véracité, nous l'aurions à peine remarquée: mais quand il est question d'un soulagement apporté dans une maladie aussi fréquente et aussi réfractaire à toute médication que la phthisie, et quand l'assertion est formulée par un homme qui a déjà beaucoup contribué au progrès de la science, nous ne pouvons nous dispenser de la faire connaître, quelque inexplicable qu'elle nous paraisse par nos petites théories, et quelque peu de confiance qu'elle nous inspire réellement.

Tant de personnes affectées de phthisie commençante, dit M. Marshall Hall, indiquée par la matité à la percussion, par une pectoriloquie non douteuse au-dessous de la clavicule, par l'hémoptysie, les frissons, les accès fébriles, la transpiration matinale, ont été soulagées et rendues à toutes les apparences de la santé par le moyen dont je vais parler, que je ne puis m'empêcher de lui attribuer une grande efficacité.

Ce moyen consiste dans l'emploi d'un mélange composé d'une partie d'alcool sur trois parties d'eau que l'on applique la première fois tiède et ensuite à la température extérieure, en petite quantité chaque fois, et de cinq minutes en cinq minutes, avec toutes les précautions nécessaires, pour que le mélange soit toujours de la même force. (Si on l'appliquait moins fréquemment et en plus grande quantité, l'alcool s'évaporerait, l'eau seule resterait et produirait un effet désagréable au lieu de la sensation de chaleur que détermine l'alcool.) L'application en est facile: on prend un morceau de linge doux de la largeur d'une feuille de papier à lettre, que l'on ploie plusieurs fois sur lui-même de manière à ce qu'il présente six largeurs, puis on l'étend sur la partie antérieure et supérieure du thorax, immédiatement au-dessous des clavicules; on l'attache aux bretelles ou à toute autre partie du vêtement, mais de manière à ce qu'il porte à nu sur la peau, et à ce que la chemise et les autres pièces du vêtement puissent être écartées et rapprochées facilement. On plonge alors dans la dissolution alcoolique une éponge du volume d'une noisette, et on en exprime le contenu à la surface de la compresse; puis les vêtements sont fermés.

Cette opération ne demande pas plus de cinq secondes et doit être répétée toutes les cinq minutes, et ne doit être interrompue que pendant le sommeil. Le malade doit être habillé légèrement, et il est bon même que la compresse ne soit pas recouverte, afin de faciliter la libre et rapide évaporation.

L'auteur se défend de louer ce moyen outre mesure; mais il n'hésite pas à affirmer qu'il lui a été plus utile pour arrêter la production et le ramollissement des tubercules des poumons, qu'aucun de ceux qu'il a pu employer; et le nombre des malades qu'il dit avoir échappé, sous son influence, aux progrès de la phthisie, et dont beaucoup ont depuis vécu en bonne santé, ne lui permet pas de douter qu'il n'exerce réellement une action bienfaisante dans le traitement de la phthisie. Il cite même quelques-uns des faits les plus remarquables de ce genre qu'il a observés, et dont les sujets, après avoir offert pendant un temps plus ou moins long tous les signes physiques et pathologiques de la phthisie pulmonaire, ont recouvré toutes les apparences de la santé. (*The Lancet*, et *Gaz. Méd. de Paris*, octobre 1844.)

POULS VEINEUX *observé aux veines dorsales de la main pendant le cours des maladies aiguës.* Sous ce titre, M. Martin-Solon a communiqué, dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, des observations pleines d'intérêt. Cette communication se recommande à l'attention des médecins autant par les faits qui lui servent de base, que par l'explication toute médicale et pratique que M. Martin-Solon a donnée du phénomène.

On connaît sous le nom de pouls veineux ces reflux du sang qui se font de l'oreillette droite du cœur dans les veines jugulaires. Ce pouls veineux est connu. Ce n'est point

sur lui que M. Martin-Solon veut appeler l'attention; c'est sur le mouvement pulsatile bien net et bien évident qu'il a observé aux veines dorsales des mains, mouvement qui n'était autre chose que la continuation isochrone du pouls des artères radiale et cubitale, et qui conséquemment mérite bien mieux que tout autre le nom de pouls veineux. Il en a la première fois constaté l'existence chez le malade qui fait le sujet de l'observation suivante :

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une assez bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin, jouissait d'une parfaite santé, lorsqu'il éprouva, le 26 mai dernier, après s'être exposé au froid étant en sueur, de la gêne en respirant et un peu de toux. L'usage d'une boisson pectorale n'arrêtant pas la marche des accidents, le malade entra le 28 à l'hôpital Beaujon, où une saignée du bras lui fut immédiatement pratiquée. Le 29 mai, troisième jour de la maladie, matité très-prononcée, souffle tubaire et de la bronchophonie à droite et à gauche de toute la face postérieure du thorax; l'expectoration est fortement rouillée; respiration courte et fréquente; peau brûlante; pouls large et fort à 110 pulsations; le cœur offre une impulsion énergique, soif vive, appétit nul. Le malade, en un mot, présentait tous les signes d'une double pleuropneumonie qui exigea le traitement antiphlogistique le plus énergique, suivi de l'emploi du tartre stibié à haute dose. Le 10 juin, pâleur anémique de la face. Le malade, outre des saignées copieuses, a éprouvé une épistaxis abondante. Le souffle tubaire et la bronchophonie perdent de leur intensité; les battements du cœur conservent leur impulsion vive, et le pouls 100 battements larges et forts. C'est alors que M. Martin-Solon remarqua que la plupart des veines dorsales de chaque main étaient agitées de mouvements insolites semblables à ceux des artères superficielles et présentaient de véritables pulsations, dont voici les caractères principaux :

Dans ce pouls veineux, les veines saillantes et arrondies étaient comme transparentes, d'une couleur rose légèrement bleuâtre, et présentaient un mouvement de diastole et de systole sensible à la vue et appréciable au toucher, aussi bien que celui de l'artère radiale quand elle est superficielle. Ce mouvement était tout à fait isochrone avec celui du pouls; il cessait lorsque l'on comprimait les veines vers les doigts, et persistait au contraire lorsque la pression s'exerçait sur le poignet. Dans le premier cas, les veines diminuaient de volume; elles augmentaient dans le second. La compression du tronc brachial faisait en même temps disparaître les pulsations des artères radiale, cubitale, et des veines dorsales de la main. Enfin, l'examen le plus attentif démontra que le mouvement pulsatile des veines n'était communiqué à ces vaisseaux ni par des artères sous-jacentes, ni par l'agitation des tendons. Du reste, aucun phénomène notable ne se passait du côté du cœur.

La prolongation de ce phénomène pendant sept jours, avec une intensité variable, n'empêcha pas l'amélioration de faire des progrès démontrés par la diminution de la fréquence du pouls, la facilité plus grande de la respiration, la couleur normale de l'expectoration et le retour du sommeil. Le 17, 22e jour de cette grave phlegmasie, la convalescence est des plus franches.

« Les précautions que nous avons prises en étudiant le pouls veineux, dit M. Martin-Solon, soit en le faisant cesser par la compression de l'artère brachiale, soit en le rendant plus évident par la compression des veines du poignet, ont mis pour nous hors de doute que les mouvements pulsatiles des veines dorsales de la main fussent communiqués à ces vaisseaux par le *vis à tergo*, que le sang artériel recevait du cœur et transmettait au sang veineux. Cette action du cœur suffirait-elle pour produire le pouls veineux? Nous croyons qu'elle en favorise le développement, mais ne le détermine pas à elle seule; sans cela, le phénomène serait plus fréquent, et les cas d'hypertrophie en offriraient quelques exemples. L'augmentation de la fluidité du sang, en favorisant le passage de ce liquide à travers le système capillaire, lui conserve l'impulsion donnée par le cœur, et devient sans doute la cause principale du mouvement veineux que nous avons décrit. Nous en avons la preuve dans un nouveau fait que nous venons d'observer, et que voici en quelques mots :

« Un jeune homme de dix-huit ans, d'une bonne constitution, ayant l'impulsion du cœur faible et le pouls

normal à 45 battements par minute, contracte, le 14 septembre, à la suite d'un refroidissement, une pleuro-pneumonie très-intense du côté gauche et qui atteint promptement le deuxième degré. Le 16, jour de son entrée à l'hôpital Beaujon, on saigne le malade. La saignée est successivement répétée plusieurs fois les 17 et 18 juin. Le 19, après avoir perdu trois kilogrammes de sang en cinquante heures, le malade présente aux veines dorsales de la main les caractères faciles à apprécier du pouls veineux. On ne pratique plus le soir et le lendemain soir qu'une petite saignée de deux cents grammes. Au moment du redoublement fébrile, et le 21 septembre, septième jour de la maladie et cinquième du traitement, la résolution de la pneumonie est complète; la circulation reprend bientôt son rhythme habituel.

La fluidité du sang chez ce malade a été la seule cause évidente du pouls veineux; aussi le phénomène a-t-il duré moins longtemps et a-t-il été un peu moins prononcé que chez le premier sujet, qui joignait à la fluidité du sang une impulsion cardiaque des plus énergiques.

Sous le rapport pathologique, le développement du pouls veineux peut avoir une grande importance sur la conduite du praticien. En effet, si ce symptôme est le résultat de la fluidité plus grande du sang, le médecin, en l'observant, modérera les émissions sanguines, et se bornera à les prescrire au moment où le redoublement fébrile du pouls pourrait augmenter l'inflammation en injectant le tissu malade d'une plus grande quantité de sang. Par cette méthode on évite les saignées inutiles et trop nombreuses, et celles que l'on pratique au moment du paroxysme fébrile diminuent celui-ci, empêchent les organes de s'imprégner d'une nouvelle quantité de fibrine, rendent la circulation plus facile et favorisent ainsi la résolution des phlegmasies. Quand, au contraire, le pouls veineux se développera sous la double influence de l'activité du cœur et de la fluidité du sang, le praticien, convaincu que ce fluide sera, malgré les émissions sanguines, projeté, pour ainsi parler, jusqu'à sa dernière goutte à l'organe malade, le praticien cherchera dans la thérapeutique des moyens de calmer directement l'activité circulatoire, et préfèrera les contro-stimulants aux émissions sanguines. (*Gaz. des Hôpitaux*, octobre 1844.)

TÉTANOS TRAUMATIQUE *guéri par l'amputation du doigt blessé.*— L'observation que l'on va lire se recommande à l'attention du praticien, non moins par les difficultés du diagnostic, que par le résultat du traitement mis en usage : la science possède peu de cas qui soient comparables à celui-ci. *Obs.* Fr. Sthele, âgée de vingt ans, d'une constitution faible, fut sujette à des crampes périodiques jusqu'à sa quatorzième année, époque de la menstruation. En 1842, elle eut une inflammation du bas-ventre suivie de symptômes d'hystérie tétanique; en février 1843, la menstruation devint peu abondante, irrégulière et précédée de crampes dans le ventre. Le 24 mai 1843, Sthele accusa une douleur lancinante dans le bras droit, partant du doigt médius; elle attribua cette douleur à une écharde entrée sous l'ongle pendant qu'elle récurait le plancher, et retirée, dit-elle, immédiatement après. Le lendemain, il se montra au bout du médius une pustule; la malade l'ouvrit avec une aiguille, et se lava ensuite la main pendant une demi-heure à l'eau froide. Immédiatement après, douleur partant du doigt, remontant le long du bras jusque dans la poitrine; plus forte d'heure en heure, elle s'étendit bientôt à la région rachidienne et à la mâchoire inférieure : un trismus alternant avec des convulsions cloniques de la mâchoire, fut suivi, vers le soir, d'un tétanos général qui ne permit le mouvement d'aucune articulation. On prescrivit des frictions camphrées sur le thorax: sinapismes aux jambes; baume de vie d'Hoffmann, 8 grammes, et esprit de corne de cerf rectifié à l'intérieur. Le mal augmenta, l'opisthotonos devint tel que la malade fut lancée à plusieurs reprises à quelques pieds au-dessus de son lit. Le 26 mai, accès plus fréquents et plus intenses; perte de connaissance complète (lavement d'assa-fœtida et de valériane); le tétanos continua. Le lendemain, le docteur Aberle trouva la jeune fille, que son médecin ordinaire regardait comme étant prise d'un accès d'hystérie, dans l'état suivant : raideur générale du corps; mouvements convulsifs des yeux; pouls petit, contracté; langue couverte d'une couche brune épaisse; constipation; selle

dure; episthotonos clonique tous les quarts d'heure, soulevant la malade à plusieurs pieds au-dessus de son lit; perte de connaissance : au doigt médius existait une petite plaie insignifiante faite huit jours auparavant par l'écharde que nous avons dit avoir été retirée, d'après la malade elle-même. M. Aberle, partant de l'idée d'un nerf blessé, proposa l'amputation du doigt. Les antécédents de la malade firent rejeter cet avis par le médecin ordinaire. *Prescr.* : huile de croton, lavements de tabac. Pendant huit jours, purgatifs et antispasmodiques, et saignée du bras sans succès. La morphine, le camphre, l'eau de laurier-cerise, tout fut tenté en vain : la maigreur était portée à un haut degré, car ce n'était qu'avec peine que l'on pouvait introduire quelques aliments dans la bouche. Après un emploi suivi pendant huit jours de lavements composés d'essence de térébenthine, d'huile d'olive et de mucilage de gomme arabique, de chacun 15 grammes, trois fois par jour, la malade reprit sa connaissance, perdue depuis six semaines. Les convulsions toujours accompagnées de perte de connaissance devinrent plus rares et moins fortes; elles ne cessaient cependant pas complètement; la douleur du bras remontant jusqu'à la poitrine, existait toujours, et il y avait un cordon très-sensible le long du nerf depuis le médius jusqu'à l'aisselle. Dans ce doigt, la malade ressentait comme des piqûres d'aiguille, et, en touchant le cordon, on faisait naître de très-vives douleurs et des convulsions générales. La malade, inquiète, agitée, se plaignit aussi d'une forte douleur le long de la colonne vertébrale augmentant par la flexion; toute autre position que le décubitus dorsal était impossible; gêne de la déglutition et de la parole; respiration pénible (application de sangsues sur le trajet du cordon enflammé : au bras, et le long de la colonne vertébrale, calomel et opium à forte dose). Au bout de trois semaines de ce traitement, la malade allait beaucoup mieux et n'avait plus qu'un accès tétanique par jour, qui cédait chaque fois à un lavement de Gibbon (composé comme il a été dit plus haut). La malade put se lever; elle reprit des forces et n'avait plus qu'un accès par semaine : la douleur au doigt persista toujours. On croyait la malade en pleine convalescence, lorsque le tétanos reparut avec autant d'intensité qu'au commencement. Le docteur Aberle, persistant dans sa première opinion, fit l'amputation du doigt médius vers la fin de juillet 1843. Il trouva dans le doigt amputé, et dont la première plaie était complétement cicatrisée, une écharde fichée dans le nerf, d'où elle fut retirée par le médecin ordinaire. Immédiatement après l'opération, la malade se sentit mieux; elle remuait son bras sans douleur, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant : depuis elle n'eut plus de crampes, et, un mois après, elle avait repris ses occupations ordinaires. Cette observation, non moins remarquable par la nature des accidents, leur intensité et leur durée, que par les difficultés qui rendaient le diagnostic étiologique presque impossible, se recommande encore à l'attention par le résultat favorable qui suivit immédiatement l'opération. Ainsi on s'explique fort bien les hésitations du médecin ordinaire à adopter le parti extrême qui avait été proposé par son confrère : les antécédents de la malade, les troubles nerveux qu'elle présenta à plusieurs reprises et qui furent occasionnés par un état hystérique non douteux, tout cela devait faire temporiser, et la médication qu'il suivit avec persévérance est suffisamment justifiée. En dirons-nous autant de l'amputation du doigt? Quelque immense que soit le bienfait que la malade en retira, nous pensons qu'il y avait autre chose à faire avant de recourir à ce moyen extrême. Le doigt n'avait pas cessé d'être douloureux, dit l'observateur; le siége de la lésion traumatique était indiqué par cette douleur, et, de plus, par la cicatrice : pourquoi, dès lors, ne pas rechercher dans l'ancienne plaie elle-même la raison des accidents généraux qu'on lui attribue? En saine pratique, on devait, avant de sacrifier un membre important, inciser sur le trajet de la plaie, afin d'explorer les tissus dans lesquels le corps vulnérant avait dû pénétrer; il est probable qu'on l'eût retrouvé, et alors son extraction eût prévenu une mutilation irréparable. Nous reprocherons à l'auteur de ne pas avoir assez insisté sur la partie anatomique. Quel était le nerf traversé par l'écharde? était-ce un des nerfs collatéraux, ou une des divisions qui vont se ramifier sous la pulpe digitale? Dans ce dernier cas, nous ne comprendrions pas

comment on a pu distinguer la position relative du corps vulnérant et du nerf, tant ces filets terminaux ont de ténuité. Il est encore à regretter que le trajet du cordon qui, du doigt blessé, remonte sur le bras jusqu'à l'aisselle, n'ait pas été mieux étudié dans son siége et dans les éléments anatomiques qui le constituaient. Tout ce côté de l'observation laisse beaucoup à désirer. (*Allgemeine Zeitung fur chirurgie*, et *Gaz. méd. de Paris*, 21 sept. 1844.)

VARIOLE (*Sur le meilleur topique pour empêcher les marques de la*). Les observations de Zimmerman et de Rose sur l'efficacité des emplâtres mercuriels pour arrêter le développement des pustules varioliques étaient presque oubliées, lorsque les essais de M. Serres, et ceux plus récents de MM. Briquet et Nonat, sur l'emploi des topiques mercuriels et surtout de l'emplâtre de Vigo, ramenèrent l'attention sur cette médication. Voici de nouveaux faits publiés par M. le docteur Coppez, qui confirment ce qui a été dit à cet égard. Il résulte des essais de M. Coppez, que l'onguent mercuriel en frictions ne met aucun obstacle à la sortie des boutons, mais qu'appliqué dès le début de la maladie, il empêche la suppuration des pustules, les ressorre et les racornit; que l'emplâtre de Vigo non-seulement empêche leur suppuration, mais encore l'éruption, et diminue par conséquent beaucoup la gravité de la maladie. L'auteur étaye son opinion sur six observations qu'il rapporte, et qu'il dit avoir été choisies entre un grand nombre d'autres qu'il a faites, et qui ont eu un résultat favorable.

L'auteur a fait en outre de nombreuses applications de pommade sulfureuse dans la variole. Sur une centaine que qu'il pourrait en donner, il rapporte quatorze observations d'expériences tentées par ce topique, et il en conclut que la pommade sulfureuse n'arrête pas la marche des boutons; que par son moyen l'on parvient souvent à enrayer les progrès de l'inflammation de la peau, mais que cela n'a pas toujours lieu; que le soufre qui entre dans sa composition irrite la conjonctive, malgré les plus grandes précautions pour ne pas toucher aux yeux; qu'elle produit une irritation assez forte à la peau; qu'elle répand une odeur non-seulement très-désagréable pour les assistants, mais parfois insupportable au malade; enfin, que dans les vraies varioles confluentes, elle n'empêche pas les cicatrices, quoiqu'elle les rende cependant moins profondes.

De ses expériences comparatives, il résulte pour M. Coppez que l'emplâtre de Vigo est le meilleur topique pour empêcher, faire avorter ou arrêter le développement, et prévenir les cicatrices de la variole. Lui seul, dit-il, lui a toujours procuré un résultat identique et assuré, sans avoir offert un seul inconvénient ni chez les enfants, ni chez les adultes; et quoiqu'à ce premier âge on ne soit déjà que trop exposé à la salivation, il n'en a rencontré aucun cas sur une trentaine de malades soumis à l'influence de cet emplâtre. (*Annales de la Soc. de médec. de Gand*, juillet 1844.)

VARIÉTÉS.

M. Bussy a été nommé directeur de l'École de pharmacie à la place de M. Bouillon-Lagrange, décédé. M. Guibourt remplace M. Bussy dans ses fonctions de secrétaire agent-comptable de la même École.

— Le prix élevé du mercure de provenance européenne fait rechercher à Londres le mercure chinois. La manière dont les Chinois expédient ce métal est assez originale : ils en remplissent des tubes de bambou d'environ un pied de longueur et de trois pouces de diamètre; les deux bouts du tube sont fermés au moyen de la gomme.

— On écrit de Graenfenberg : « La manie hydrosudopathique com-

mence à diminuer ici. Il y a trois ans, nous comptions 1,500 patients; cette année-ci, il n'y en a eu tout au plus que 600. Il se trouve encore ici un médecin envoyé par le roi de Danemarck et un autre envoyé par la reine d'Espagne, de même qu'un médecin américain et un médecin persan. On évalue le capital que Priesnitz s'est amassé à 600,000 thalers, c'est-à-dire environ 2,250,000 francs ! »

— La rentrée de la Faculté de médecine de Paris aura lieu le 4 novembre. C'est M. Bouillaud qui est chargé cette année de prononcer le discours d'usage.

— M. le ministre de l'instruction publique vient de faire don à la Faculté de Montpellier de soixante pièces d'anatomie artificielle représentant les maladies vénériennes. Ces pièces sont l'ouvrage de M. le docteur Félix Thibert.

— L'iode et l'iodure de potassium sont devenus si rares et leur prix est si élevé, que l'administration des hôpitaux a agité la question d'en supprimer ou d'en restreindre l'usage dans les établissements nosoco miaux.

— Il existe dans le département de l'Ariége des établissements thermaux qui, s'ils étaient plus connus, seraient appelés à une juste célébrité. Les eaux d'Ax et d'Ussat, notamment, possèdent des propriétés particulières qu'aucune autre ne peut leur disputer.

Le conseil général de ce département, dans des vues d'utilité publique, a cru devoir appeler les hommes de la science à faire une étude particulière des richesses thermales de ce pays. Le conseil a voté une somme de 2,000 francs qui sera accordée au meilleur mémoire qui fera connaître à la fois le gisement, la nature et l'efficacité des eaux thermales de l'Ariége.

Les mémoires devront être adressés au préfet avant le 1er janvier 1846, et ils seront jugés par une commission composée d'hommes spéciaux.

Dans la session suivante, le prix sera décerné.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DES CAUSES DU PROGRÈS SCIENTIFIQUE.

En attendant que nous rendions compte de l'ouvrage que M. Reveillé-Parise est sur le point de publier (1), ouvrage aussi remarquable par le fond que par la forme, sous le rapport philosophique comme sous le rapport pratique, nous nous félicitons de pouvoir citer le fragment suivant, que l'auteur a bien voulu nous communiquer. Il établit que, parmi nos facultés, l'imagination est celle qui contribue le plus peut-être au progrès scientifique.

« ... A entendre les hommes dont la prétention est de ne consulter que le fait en lui-même, le phénomène patent, l'imagination ne peut aller au delà de la conjecture. Outre que cette assertion est très-contestable, parce qu'il y a des vérités qui se découvrent par une intuition lumineuse et spontanée, n'est-ce donc rien que de conjecturer, autrement dit d'ajouter le probable au vrai, ce qui constitue la prescience philosophique? L'art de bien conjecturer n'est-il pas le caractère distinctif des hommes de génie? Les conjectures sont les étincelles au feu desquelles le savoir allume le flambeau de l'expérience. Je le demande, ne faut-il pas un but, une fin quelconque en vue, avant de se livrer à l'observation? Toute expérience concluante n'est-elle pas une proposition, partie nécessaire d'un syllogisme interne? Or, vous le voyez, toujours l'imagination est le promoteur par excellence; sans ce ressort principal il n'y a que peu ou point d'action, de mouvement progressif. Le pays des possibles est immense, c'est là précisément où l'imagination va chercher de futures réalités; elle devance constamment l'expérience au lieu d'en être guidée. A la vérité, elle n'aime pas à s'emprisonner dans une exactitude trop étroite des faits; elle s'indigne de toute limite, et frappe du pied le dieu Terme dont on la menace; mais il n'en est pas moins vrai que sur tous les points on lui doit l'initiative dans le progrès scientifique. Je dis plus, je soutiens que toute grande découverte a été *imaginée* avant d'être *observée*, parce que l'imagination va de droit avant la logique, en un mot, parce qu'il faut conjecturer avant de conclure. Ainsi, je suis convaincu que, guidés par quelques

(1) *Études de l'homme* dans l'état de santé et dans l'état de maladie; par J.-H. Reveillé-Parise. (Voir les Annonces.)

précédents incertains, Harvey avait compris *mentalement* la circulation du sang avant de la démontrer par des expériences; que Newton découvrit la grande loi de l'attraction, avant de l'avoir prouvée par des calculs; que Descartes regardait son célèbre enthymème, *cogito, ergo sum*, comme invinciblement démontré avant de l'avoir mis en évidence par les principes de sa méthode philosophique. Il est donc certain que les grandes idées scientifiques germent et fermentent profondément dans la tête de quelques hommes supérieurs, bien avant de se convertir en faits irrévocables. Ne sait-on pas que les sublimes vues de Buffon sont aujourd'hui sanctionnées par l'expérience? Plus d'une fois ce grand homme a *deviné* ce que l'expérience a *démontré* de nos jours. Fourrier, le géomètre-physicien, a dit que dans les applications du calcul aux lois qui régissent la chaleur, il avait été guidé par les conjectures de Buffon. Ainsi il n'est pas de conception hardie, pas de témérité philosophique si l'on veut, converties depuis en vérité rayonnant d'évidence, qui ne soient dues dans l'origine à l'imagination : c'est toujours là où il faut remonter.

Je n'ignore pas que de telles assertions choquent beaucoup les opinions régnantes, notamment en médecine. Si on dépasse de quelques lignes les idées reçues, si on s'éloigne du terre à terre, aussitôt mille voix s'écrient : «Vous vous perdez dans les nues! vous renoncez à la réalité! vous déifiez l'abstraction!» C'est ainsi que, pour le plus grand nombre, ce qui n'est qu'imaginable paraît toujours faux, chimérique ou inintelligible. On rejette avec soin toute idée *à priori;* l'hypothèse est notoirement méprisée, conspuée; c'est même tout au plus si ce qu'on entend par théorie trouve grâce devant certains esprits. On se cramponne au fait, on se perd dans l'abîme des détails, on s'égare dans les subtilités de l'analyse matérielle; mais de progrès réel, il ne faut pas en attendre. Voulez-vous des dissections, des macérations, des injections sur le cadavre, sur le vivant, sur l'homme, sur les animaux; voulez-vous un grand appareil *d'expérimentalisme*, ce qu'il ne faut pas confondre avec l'expérience? à cet égard l'abondance est excessive. Nous sommes saturés de doctrine analytique, matérielle, organique, etc.; mais en fin de compte, on n'obtient que des résultats douteux, contestables, des opinions à bases défectueuses, souvent contredites par d'autres expérimentateurs : c'est là aussi la *fécondité de l'avortement*. Il en est de même de la médecine pratique. Le fait un, isolé, avec ses déduetions bornées, toute synthèse écartée, l'expérimentation petite, étroite; très-peu de formules générales, de faits *collectifs* qui renferment, expliquent une série de faits particuliers, telle est la marche généralement adoptée à peu d'exceptions près. l'observation une à une des faits,

espèce de sol concédé à la vaine pâture des petits esprits, est surtout l'objet de prédilection de la plupart de nos auteurs. On sait qu'ils ne veulent rien hasarder, parce que toute conception haute, vigoureuse, les étonne et les effraye : ils s'arrêtent précisément aux limites de l'interprétation philosophique.

« ... En tout, il faut bien accorder l'initiative au fait *sensible*, matériel ; mais au delà existe le *sens appréciateur* ou l'entendement, qui plane au-dessus du monde de la contingence ; après l'expérience se trouve la science, qui a son point d'appui dans la première, mais qui la dépasse et la complète. Or, cette science consiste dans les rapports des faits. Parvenir à les combiner, à les lier, pour établir des lois, n'est-ce pas arriver au point culminant de la philosophie scientifique? ainsi, plus on a d'imagination, plus on aperçoit les rapports des faits; plus ces rapports sont multipliés, plus il est aisé d'en saisir les analogies; plus ces dernières seront saillantes, plus aussi il sera facile de les coordonner, d'en former un tout, d'approcher, sinon d'obtenir, cette doctrine parfaite dont *le principe contient toutes les conséquences, et dont chaque conséquence fait reparaître le principe.* Le radical de toute synthèse féconde me semble par cela même une puissante imagination, puisqu'elle contient le plus grand nombre possible de faits, d'idées et de rapports. Ainsi cette faculté, par un rare privilége, peut donner l'évidence *intuitive* et l'évidence *inductive*, les deux colonnes de toute science ; mais sans la connaissance des rapports, il faut renoncer à l'une et à l'autre. Un philosophe étranger a donc raison de dire : « Avec l'esprit d'observation à un très-haut degré, l'infini de l'univers « en grand peut nous échapper ; mais avec cet esprit et celui d'intuition, « vous apercevez l'infini dans une mitte, dans une poussière, dans une « goutte d'eau. » Quoi de plus facile à concevoir? Newton n'a-t-il pas démontré que la même force qui fait retomber une pierre ou une pomme sur la terre, retient les astres dans leurs orbites? le Titien ne trouva-t-il pas toute l'harmonie du coloris et du clair-obscur en considérant avec soin les reflets de la lumière sur une grappe de raisin? par les yeux du génie, Kant avait aperçu *Uranus* dans les profondeurs de l'espace, avant que cette planète se trouvât au bout du télescope d'Herschel. C'est donc uniquement par une suite infinie de rapports, par le fil non interrompu des analogies, qu'on obtient de tels résultats. Et comment y parviendrait-on sans la magicienne qui voit ce qui est et ce qui peut être ; qui, comme l'espace et le temps, contient dans son ample sein les faits et les idées, la certitude et le possible, les vérités acquises et les vérités pressenties ?

Ainsi l'imagination, à qui est réservé le droit d'inventer, sait aussi

féconder avec patience, disposer avec sagesse, enchaîner avec habileté. Le jugement seul ne saurait suffire, il marche trop lentement, il ne voit pas assez loin. L'induction *ascendante* de Bacon, ce qu'il nomme si bien *scala intellectus*, méthode vantée de nos jours comme la véritable philosophie, celle des faits et de l'observation, reste encore dans le domaine de l'imagination. De Maistre a dit : « Il faut que deux vérités « s'épousent pour en produire une troisième. » Sans doute ; mais la méthode analytique, uniquement employée, serait inféconde. En raison de ses procédés fractionnaires, il y a incapacité d'embrasser un ensemble, et par là faiblesse capitale de déduction.

« ... C'est surtout en médecine qu'il est le plus difficile de tendre à l'unité, à des principes fortement déduits, parce que les données de chaque problème sont trop multipliées. Avec la plus rare exactitude, on ne peut arriver qu'à des approximations, et il est toujours à craindre que les quantités négligées n'aient une influence inappréciable pour nous. Il n'en est pas moins vrai que ceux qui ont le plus d'imagination, saisissant par là le plus de rapports et d'affinités dans les phénomènes, sont seuls capables de fonder une synthèse, une théorie, une doctrine, et de prendre rang parmi les législateurs de la science. Voilà pourquoi ces derniers sont si rares, tandis que les simples observateurs sont si communs ; voilà pourquoi il y a tant de *travailleurs* et réellement si peu de *producteurs*. Cela explique, en outre, comment les mêmes objets semblent se prêter à des interprétations diverses. Toutes les vérités sont dans les faits, cependant la manière de les en faire sortir diffère selon les esprits ; aussi voit-on beaucoup de propositions qui émanent moins du sujet observé que du sujet observateur. Mais quiconque, par une vue perçante de l'*imagination*, verra le plus de rapports dans les phénomènes, pourra fonder avec certitude, poser de larges et solides assises, envisager la vérité face à face, et la saisir pour ainsi dire substantiellement. Pourquoi cette affligeante polysynodie médicale actuelle? Pourquoi tant d'essais infructueux de théories? c'est qu'il n'est donné qu'à très-peu d'esprits d'avoir une imagination hardie et créatrice, même quand il s'agit de grandes erreurs. On s'en tient aux faits ; et tel observateur qui les accumule, sent aussitôt se brouiller sa petite collection d'idées, dès qu'il veut, par la méthode philosophique, procéder du concret à l'abstrait, en un mot, formuler son expérience en théorie. Et pourtant le besoin le plus urgent de la science est un besoin d'édification. De l'aveu même des praticiens, quel est de nos jours le *desideratum* le plus grave de la médecine? c'est évidemment la synthèse. La plaie la plus dangereuse de la science, n'est-ce pas en effet cette analyse exagérée, produisant si l'on veut des parties admirables, d'importantes

spécialités, mais qui détruit l'unité, autrement dit ce qui constitue la science et lui assigne un rang dans la hiérarchie des connaissances humaines? etc... »

Reveillé-Parise.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA CIGUE CONTRE LES INDURATIONS GLANDULAIRES SURVENANT DANS CERTAINES CONDITIONS SPÉCIALES DE L'ORGANISME.

« *Quo sæpius cicutam ægris exhibeo, eo majorem semper in hac planta virtutem et efficaciam admiror.* » Telles sont les paroles par lesquelles Storck ne craint point de répondre aux assertions contradictoires qu'on oppose de toutes parts aux résultats merveilleux qu'il venait de publier sur l'influence thérapeutique de la ciguë dans un certain nombre d'affections incurables. Lorsqu'on apporte quelque critique dans l'étude des expériences nombreuses auxquelles s'est livré l'illustre professeur de Vienne sur l'aconit et surtout sur les diverses espèces de ciguë, il est impossible de méconnaître qu'ici, comme dans la plupart des choses humaines, quelques vérités, quelques résultats positifs sont mêlés à de nombreuses erreurs. Si de nombreuses, d'irréfragables expériences ont démontré, par exemple, que la ciguë, pas plus qu'une infinité de substances tour à tour exaltées et tombées dans un profond discrédit, n'a la vertu d'éteindre dans l'organisme vivant cette disposition fatale sous l'empire de laquelle la nutrition, déviée de son type normal, engendre les produits squirrheux ou cancéreux dansla trame de nos tissus, il nous paraît impossible, d'un autre côté, de ne point admettre que, parmi les nombreuses lésions qui ont pu en imposer à ce médecin aussi probe que courageux pour ces hétéroplasmes morbides, il en est un certain nombre au moins qui cèdent à l'emploi de moyens si énergiquement préconisés. Parmi les hommes les plus judicieux qui, avec raison, se sont élevés contre l'enthousiasme fébrile des contemporains de Storck pour les nouveaux agents thérapeutiques, de Haën doit sans aucun doute être mis au premier rang. Or, il est une chose bien remarquable, c'est que dans le livre même qu'il a consacré spécialement à l'étude des effets thérapeutiques de la ciguë dans le traitement des maladies (1), tout en s'élevant contre les affirmations de Storck, tout en disant que plus il expérimente et plus il compte d'insuccès, *quo in experiundo frequentior, eo in curando infortunatior* (2), il ne laisse

(1) *Ratio medendi*, vol. VIII, p. 2.
(2) *Idem*, p. 6.

pas cependant de noter quelques résultats heureux qui, alors comme aujourd'hui, ne sont nullement à dédaigner ; ce serait sortir des limites dans lesquelles ce journal se restreint à bon droit que de faire le dépouillement de ces faits divers, et de montrer en quoi ces résultats sont loin d'être toujours en parfait accord avec les négations tranchées de l'auteur. Nous nous bornerons à signaler cette contradiction en ce qui concerne seulement la lésion particulière dont il s'agit ici, et que tout le monde sait si souvent se montrer réfractaire aux moyens nombreux par lesquels on s'efforce souvent de la combattre successivement. Bien que de Haën, comme la plupart des auteurs anciens privés des précieux documents que nous fournit l'anatomie pathologique, ne caractérise que d'une manière incomplète les espèces morbides qu'il avait sous les yeux, lorsqu'il parle de tumeurs de col, *tumores colli*, et d'indurations du testicule, *testes indurati*, on peut, sans se compromettre, penser que quand, dans la disposition d'esprit où il était, il essaya la méthode de Storck contre ces affections, il ne s'agissait point de maladies réelles, qu'elles dussent disparaître spontanément : parmi les maladies de ce siége affectant une marche chronique, il en est fort peu d'ailleurs qui soient susceptibles d'une révolution spontanée. Savez-vous maintenant combien de cas de ce genre ont servi aux expériences du savant successeur de Van-Swieten ? Dix, et sur ces dix la moitié a guéri. Si l'on observe, d'un autre côté, que non-seulement ces guérisons ont eu lieu, mais qu'elles paraissent s'être effectuées dans un terme assez court, nous demandons si quelque passion n'aveuglait point l'antagoniste de Storck, et si cette passion ne tend point à rendre quelque peu suspectes les affirmations générales de ce médecin sur la question importante qu'il s'était proposé d'élucider.

Pour qui a étudié avec quelque attention la tradition scientifique, il doit être évident que la passion vient souvent ainsi obscurcir la vérité, et frapper d'une stérilité malheureuse un grand nombre de travaux. C'est cet obstacle, joint aux difficultés nombreuses que rencontre dans son développement progressif la science de la vie morbide, qui retarde l'avancement de cette science. Non-seulement toutes les questions sont posées dans la science, mais il est vraisemblable que la plupart de celles qui sont susceptibles d'une solution sont résolues : malheureusement ces solutions, en ce qui regarde surtout la thérapeutique, l'expérimentation des modificateurs de la maladie, sont noyées dans un déluge d'assertions contradictoires, et la critique la plus sévère comme la plus intelligente est impuissante à les dégager de la gangue impure dans laquelle elles sont enfouies. L'éclectisme a bien eu la prétention de faire sortir la science d'une critique judicieuse de la tradition ; mais il a succombé à

l'œuvre, et force lui a été de se rallier à une autro méthode, à un autodidactisme qui gagne en sûreté ce qu'il perd en fécondité possible.

Quoi qu'il en soit à cet égard, ce serait pourtant se priver d'une immense ressource que de s'interdire de puiser aux sources abondantes que nous ouvre le passé, sons prétexte que de nombreuses erreurs y sont mêlées à un certain nombre de vérités partielles : en matière de thérapeutique surtout, il faut tenir grand compte des expériences authentiques auxquelles tant d'hommes illustres se sont livrés et dans tant de directions. Là est le point de départ logique de la science, qui veut marcher avec la conscience nette d'un but utile à atteindre ; hors de cette voie, on s'expose à rencontrer à chaque pas de cruels démentis à des prévisions sans fondements ; on oublie que c'est sur l'homme que portent ces expériences aventureuses, et la science de la vie devient non pas seulement une simple méditation de la mort, mais l'instrument des plus périlleuses investigations.

C'est guidé par ces réflexions que tous les médecins honnêtes comprendront, comme par la conviction intime qu'un homme tel que Storck, qui a donné à la science tant de gages de son amour de la vérité, n'a pu ni se tromper en tous points dans ses laborieuses recherches, ni surtout se jouer de ses contemporains en matière si grave, que nous avons voulu essayer de combattre, par l'emploi méthodique de la ciguë, quelques indurations glandulaires qui s'étaient trouvées réfractaires à un certain nombre de moyens antécédemment employés avec plus ou moins de persévérance.

Nous n'ignorons pas que, sans compter les auteurs dont nous venons de parler, bien d'autres avant nous se sont livrés à des expériences nombreuses sur ce sujet. Tel est même l'empire de la vérité, que, malgré les dénégations les plus positives, les préparations cicutées n'en sont pas moins demeurées dans le cadre de la matière médicale, et que depuis Muratori jusqu'à MM. Trousseau et Pidoux, depuis Hufeland jusqu'à M. Duchesne-Duparc, tous les thérapeutistes qui ont touché à la question de la maladie scrofuleuse ont compté la ciguë parmi les agents spéciaux à l'aide desquels on peut répondre à certaines médications également spéciales. Ce n'est point précisément dans ces conditions que nous avons institué nos recherches à l'égard de ce médicament, elles ont toutes porté sur des cas dans lesquels il existait une induration ganglionnaire, qui semblait ne point se rattacher à la cachexie constitutionnelle qui constitue véritablement la scrofule. Tous les médecins, pour peu qu'ils aient observé avec attention, ont dû rencontrer des cas analogues à ceux sur lesquels nous avons opéré.

Pour n'avoir point à rapporter *in extenso* les observations par les-

quelles nous voulons établir l'efficacité des préparations cicutées, nous allons esquisser rapidement les conditions générales dans lesquelles se trouvaient placés les individus chez lesquels nous avons employé cette médication.

C'est une chose singulière, que c'est parfois chez des individus dont la constitution générale semble exclure la prédisposition scrofuleuse, qu'on trouve les intumescences glandulaires les plus volumineuses; c'est ainsi, par exemple, que chez plusieurs enfants auxquels nous avons appliqué la médication dont il est question dans cet article, en même temps que nous constations d'énormes chapelets de glandes au cou, nous avons trouvé tous les attributs du tempérament sanguin. Ce contraste nous a surtout frappé chez deux d'entre eux : chez tous les deux, la tumeur n'existait que d'un seul côté; mais elle était dure, comme pierreuse, et sans adhérence avec la peau susjacente, qui conservait la coloration normale. Nous ne croyons pas certainement exagérer quand nous disons que cette tumeur, chez l'un de ces enfants, avait le volume d'une très-grosse orange, et que chez l'autre elle dépassait celui d'un œuf de poule. Dans les deux cas, c'est en vain qu'on cherchait ailleurs aux aisselles, aux aines, etc., quelques ganglions engorgés, on n'en rencontrait point; au cou seulement, et en arrière, on saisissait çà et là quelques petites tumeurs mobiles qui ne dépassaient point les dimensions d'un haricot ou d'un pois. La constitution, examinée dans son ensemble, ne présentait rien d'ailleurs qui fît soupçonner la disposition scrofuleuse. Tous les deux avaient des cheveux bruns, abondants et épais : les yeux étaient vifs, les lèvres peu épaisses, les dents blanches, les joues roses; les chairs, fermes, offraient au toucher cette élasticité particulière qui traduit l'intensité de la vie beaucoup mieux que la masse, dont le volume est loin d'être toujours en rapport avec la résistance vitale, comme on disait autrefois.

Il en est de même chez les adultes; il n'est point rare de rencontrer un certain nombre d'individus chez lesquels on voit se développer tout à coup, et sans cause bien évidente appréciable, des tumeurs ganglionnaires, qui semblent complétement indépendantes de la constitution particulière sous l'influence de laquelle on les voit le plus ordinairement apparaître. Nous disons seulement que ces tumeurs semblent indépendantes de la constitution scrofuleuse, car en dehors des cas où ces lésions reconnaissent évidemment pour cause une influence externe, comme le froid par exemple, nous nous garderions bien d'affirmer qu'elles n'ont aucune connexion avec cette influence latente qui fait germer la matière tube rculeuse au sein des tissus vivants. C'est ainsi que, dans l'un des cas que nous avons observés, cette fâcheuse prédisposition s'est révélée

chez un individu qui n'offrait dans ses antécédents héréditaires, comme dans l'aspect général de sa constitution, aucune condition qui trahît la cachexie tuberculeuse , mais qui vint à être atteint de nombreuses tumeurs glandulaires, après une maladie aiguë à laquelle on avait opposé une médication antiphlogistique extrêmement énergique : c'est toujours, d'ailleurs, un indice fâcheux que cette suractivité de vitalité du système lymphatique qui vient à se développer spontanément chez un individu quelconque. Il est toujours à craindre que cette suractivité, ou plutôt cette déviation de nutrition qui apparaît à l'intérieur, ne se répète sur le reste du système, et n'appelle sur les organes internes les maladies les plus sérieuses. Dans tous les cas, ces phénomènes dénoncent au moins une imminence morbide fort grave qu'il est très-important de conjurer, si la thérapeutique offre des moyens qui permettent d'atteindre ce but.

Voici, du reste, l'esquisse rapide de quelques faits, qui vont montrer tout à la fois l'importance de cette indication et l'utilité de la médication sur laquelle il nous a semblé bon de rappeler l'attention du public médical.

Le premier des malades chez lequel nous eûmes occasion d'observer un développement ganglionnaire qui contrastait avec l'ensemble de la constitution, comme avec les conditions si puissantes de l'hérédité, est un homme de trente-huit ou trente-neuf ans. Après avoir joui jusque-là d'une santé parfaite, il s'aperçut un jour d'une tumeur située au côté gauche du cou, et immédiatement au-dessus de la clavicule correspondante : comme cette tumeur n'était le siége d'aucune douleur, et que la santé d'ailleurs continuait à être excellente, le malade ne s'en inquiéta nullement tout d'abord; mais le mal s'accrut successivement, quoique lentement : dès lors il prit le parti de consulter. Diverses médications, consistant surtout en frictions avec l'onguent napolitain, avec la pommade iodurée, en application d'un emplâtre de Vigo, en purgatifs, etc., furent tour à tour essayées, mais sans résultat. Bien que le malade eût pris son parti sur cette tumeur, qu'il croyait désormais irrésoluble, il ne laissa pas cependant de nous en parler un jour que nous eûmes occasion de le voir. Nous examinâmes la tumeur : elle avait la grosseur d'un petit œuf de poule, et était située, comme nous l'avons dit déjà , au-dessus de la clavicule. En estimant approximativement le volume de la tumeur comme nous venons de le faire, nous n'entendons parler que do son volume apparent, car elle semblait sortir de la poitrino et se prolonger au-dessous de l'os qu'elle dépassait.

L'accroissement incessant du mal, son siége, nous firent craindre que le système ganglionnaire des bronches ne se prît lui-même comme cette portion du système que nous avions sous les yeux, et nous engageâmes

fortement le malade à ne point s'endormir sur le mal qu'il portait. Nous lui conseillâmes l'emploi de la ciguë à doses progressivement élevées, secondées de purgatifs pris de loin en loin et d'un régime substantiel, avec la condition de se tenir, à cet égard, dans les limites d'une prudente modération, et de ne point excéder la nutrition, circonstance que nous croyons extrêmement importante toutes les fois qu'il s'agit de soumettre un individu à un régime fortement réparateur, et pourtant de travailler à la résolution de tissus engorgés. Pendant six mois, le pauvre patient eut la constance de prendre chaque jour quatre, puis six, puis dix pilules contenant un quinzième de centigramme de poudre de ciguë (grande ciguë, ciguë officinale). Nous n'eûmes point depuis lors occasion d'observer le malade qui habite la Normandie; mais il nous a écrit plusieurs fois, et sa dernière lettre affirme là presque complète disparition du mal : celui-ci paraît réduit à un noyau dur, mobile, qui n'a pas même le volume d'une pomme d'api.

Si nous avions pu nous assurer que cette tumeur glandulaire était complétement isolée et sans racines dans l'économie, chez le malade dont nous venons de parler, nous eussions hésité à l'astreindre pendant un si long temps à une médication ou à un régime dont l'uniformité peut n'être pas sans quelque inconvénient pour l'organisme. A l'âge du malade, d'un autre côté, on pouvait encore espérer la résolution spontanée du mal. Ce qui, surtout, nous a décidé à faire ici une médecine active, c'est la situation de la tumeur, qui semblait se prolonger dans la poitrine, et envahir quelques lésions analogues placées plus profondément et dans des organes où une telle affection a une si grande tendance à se multiplier, à se propager. En était-il ainsi? nous ne le saurions dire, car aucun symptôme ne révélait une gêne quelconque dans le jeu des organes respiratoires. Il n'en était pas de même dans le cas suivant, comme on va le voir.

Un militaire, âgé de vingt-deux ans, grand et bien développé, a été atteint, en 1843, d'une fièvre grave, dans laquelle semblent avoir prédominé les accidents cérébraux, et à laquelle on opposa de nombreuses saignées. Appartenant à un régiment de cavalerie, cet homme dut, après sa convalescence, reprendre ses exercices habituels; mais bientôt il se sentit hors d'état de les continuer : il en était surtout empêché par les douleurs qu'il éprouvait dans les testicules, qui avaient notablement augmenté de volume. Reçu de nouveau à l'hôpital, il fut de nouveau aussi soumis à diverses applications de sangsues sur la région de l'engorgement; mais à peine si ces émissions sanguines ajoutèrent à l'amélioration que la suspension de l'équitation et le repos avaient tout d'abord déterminée. En même temps que cet engorgement persistait, des

deux côtés du cou on vit se développer de nombreux ganglions : bientôt ceux-ci formèrent une masse énorme, dure, bosselée, sans adhérence à la peau, et sans changement de couleur de cette membrane. Le malade ne nous rendit qu'incomplétement compte des divers moyens que l'on opposa d'abord à cette sorte de diathèse. Ce qui est bien certain, toutefois, c'est que ces moyens, quels qu'ils aient été, n'ont eu aucune influence sur le mal. Les masses indurées du cou sont, lorsque nous observons le malade, ce que nous venons de dire. Les testicules sont durs, pesants, d'un volume double du volume normal, mais présentent une surface à peu près lisse ; les cordons testiculaires, aussi loin qu'ils peuvent être suivis, sont également durs et visiblement engorgés. Quelques ganglions existent également dans les aines ; nous ne croyons pas en avoir observé ailleurs.

Ce malade est soumis à l'usage de la ciguë ; il prend cette substance sous la même forme que le malade précédent. Quatre, six, huit pilules sont prises chaque jour pendant trois mois. Au bout de ce temps les masses glandulaires du cou sont notablement diminuées ; mais les testicules demeurent dans le même état. Malheureusement nous perdons de vue ce malade à cette époque, et n'avons pu continuer son observation.

Il est une chose qui nous a surtout singulièrement frappé dans ce cas remarquable ; voici ce dont nous voulons parler. Lorsque nous vîmes pour la première fois le malade, son facies fixa tout d'abord notre attention. Le teint était bleuâtre, les lèvres surtout étaient le siége d'une congestion veineuse évidente ; en même temps le malade toussait, bien que rarement ; mais en revanche, sa respiration était fréquente, laborieuse. Nous crûmes sur-le-champ à un obstacle à la circulation : le cœur cependant ne nous offrit rien d'anormal, soit dans son rhythme, soit dans les autres modes de ses battements ; le murmure respiratoire nous parut également exempt d'altération dans les divers points de la poitrine. Malgré ces symptômes négatifs, l'état de la face, la gêne de la respiration ne nous permirent pas de douter qu'il n'existât dans quelques points de l'appareil respiratoire un obstacle à la circulation pulmonaire. Quelle était la nature de cet obstacle? Il est difficile de se refuser à admettre qu'il fût autre qu'un engorgement plus ou moins considérable des ganglions bronchiques. L'état des ganglions extérieurs ne nous traduit-il point ici l'engorgement des ganglions voisins, plus profondément situés ? Il est un fait qui confirme d'ailleurs autrement et bien heureusement cette conjecture, c'est qu'à mesure que sous l'influence de la médication prescrite nous voyons l'engorgement cervical se résoudre, nous voyons en même temps le facies perdre cette teinte cyanosée que nous avons signalée tout d'abord. La dyspnée disparaît en même temps :

n'est-ce point que l'engorgement des ganglions bronchiques a participé au bénéfice de la méthode thérapeutique employée ? n'est-ce pas que cet engorgement s'est au moins, lui aussi, en partie résolu, et que cet obstacle levé, les poumons ont repris leur jeu normal, la circulation pulmonaire et générale, peut-être, ont également recouvré leurs conditions physiologiques? N'oublions pas qu'en médecine nous ne quittons guère le terrain de la simple probabilité ; immense est le nombre des cas où il ne nous est pas permis d'affirmer plus positivement que nous ne le pouvons faire ici.

Nous avons dit que chez les enfants même, où l'engorgement des ganglions lymphatiques se lie bien plus étroitement que chez les adultes à une diathèse générale, dont les résultats sont si funestes, cet engorgement peut également, dans quelques cas, être attaqué avec succès par les préparations cicutées. Bien que dans tous les cas de ce genre, où nous avons eu recours à cette médication, nous n'ayons pu obtenir une résolution complète du mal, nous pouvons dire cependant que cette résolution a suivi dans quelques cas si évidemment l'emploi de cette méthode de traitement, qu'il nous est impossible de ne voir là qu'une simple coïncidence fortuite. Nous nous appuyons surtout, pour établir ce fait, sur l'inutilité de moyens longtemps continués, et la plus ou moins rapide disparition des tumeurs glandulaires, lorsqu'à ces moyens nous fîmes succéder le moyen dont il s'agit en ce moment. Nous pourrions rapporter ici plusieurs observations qui établiraient positivement la vérité de cette assertion; mais comme ces faits nouveaux ne feraient que reproduire ceux que nous venons de relater avec tous les détails que leur intérêt rendait nécessaires, nous nous abstiendrons d'allonger ainsi démesurément cette notice. Seulement, nous rappellerons que ces observations sont relatives seulement à des enfants chez lesquels l'engorgement ganglionnaire semblait isolé, et coexistait avec un ensemble de constitution qui n'avait aucun rapport avec la constitution lymphatique et surtout avec la constitution scrofuleuse proprement dite. C'est dans ces conditions que nous avons expérimenté, c'est dans ces conditions que l'on doit se placer pour vérifier la justesse de nos affirmations.

Parmi le grand nombre d'observateurs qui, depuis les travaux de Storck, ont expérimenté l'action de la ciguë dans les engorgements glandulaires, il en est peu qui aient restreint cette expérimentation dans les limites dans lesquelles nous nous sommes nous-mêmes renfermé ; peut-être faut-il voir là la cause des contradictions nombreuses qu'on voit régner dans la science sur ce point de thérapeutique. Il est cependant quelques observations çà et là dans les livres qui se rapprochent davantage de celles qui nous sont personnelles. C'est ainsi que M. Bégin a employé

avec succès, dans un grand nombre de cas, la poudre de eiguë combinée avec le calomel pour combattre les lésions variées que, pendant longtemps, on a confondues sous le nom générique de *sarcocèle* (1). C'est ainsi encore qu'un observateur plus ancien, R. Whytt, relate, dans son Traité trop peu connu des maladies nerveuses, un certain nombre de faits qui ont une analogie beaucoup plus grande encore avec ceux que nous venons de rapporter nous-même. • .

Qu'on nous permette de citer, en finissant, un court passage de cet auteur à cet égard : « On a beaucoup vanté, dit-il (2), l'extrait de ciguë comme un excellent remède désobstructif; mais, quoique je l'aie mis en usage, aussi bien que la poudre de la même plante, pour détruire plusieurs tumeurs dures, dont les unes étaient externes et les autres situées dans le bas-ventre, je ne l'ai vu réussir que dans deux cas; l'un était une large tumeur squirrheuse à la mamelle gauche, et l'autre une glande du cou endurcie. La dernière fut dissipée en huit mois par l'extrait de ciguë. L'usage continu soit de l'extrait, soit de la poudre de ciguë, non-seulement a empêché la première d'augmenter pendant près de quatre ans, mais aujourd'hui elle est réduite au quart du volume qu'elle a eu. »

Ce dernier cas nous rappelle que nous avons nous-même eu recours, dans deux cas, au même moyen persévéramment employé pour combattre des tumeurs mammaires dures, mobiles, traversées d'une manière intermittente par des élancements douloureux, et que nous n'avons vu aucune espèce d'amélioration suivre cette médication. La seule chose que nous ayons observée qui mérite d'être signalée ici, c'est que ces deux malades ont senti leur appétit notablement augmenter tant qu'elles ont été sous l'influence de la ciguë. C'est là, du reste, un fait que la plupart des auteurs ont observé, et que rappellent avec raison MM. Barbier, Trousseau, Pidoux, etc.

Nous terminerons cet article par une réflexion. Fiers avec juste raison des conquêtes modernes de la science, en tant surtout qu'il s'agit de l'appréciation des phénomènes par lesquels la maladie se traduit à l'observation, nous sommes instinctivement portés à suspecter la tradition thérapeutique telle que nous l'ont transmise ceux qui nous ont précédés. Il y a cependant là, qu'on y prenne garde, une erreur évidente de logique; bien que toutes les parties de la science soient solidaires, et que la thérapeutique ne soit rigoureusement transmissible qu'à la condition de s'appuyer elle-même sur un diagnostic rigoureux, nous oublions cependant que cette rigueur, à laquelle on doit toujours tendre, n'est

(1) *Dict. de méd. et chir. prat.*, vol. XIV, p. 514.
(2) *Idem*, vol. II, p. 261.

pas absolument nécessaire. Nous ne savons point, par exemple, de quelle nature étaient les tumeurs dont parlait de Haën dans le passage dont nous avons d'abord parlé; nous ne savons pas toujours les lésions dont il s'agit, dans les faits rapportés triomphalement par Storck et son élève enthousiaste Collin, etc.; mais il y avait là cependant une marche, une chronicité, une physionomie générale, si nous pouvons ainsi dire, qui ne pouvaient appartenir qu'à certains groupes de maladies. Répétons ces expériences dans les limites que nous tracent ces groupes, et la tradition cessera d'être un *caput mortuum* pour nous; nous pourrons rétablir la chaîne entre le présent et le passé, et la science, partant de ce qui a été fait, sera en mesure d'accomplir plus sûrement ce qui lui reste à faire.

MAX SIMON.

NOTIONS DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE SUR LES MALADIES CUTANÉES NON SÉCRÉTANTES.

Par M. A. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite.)

J'ai exposé, dans le numéro du *Bulletin de Thérapeutique* du mois d'août dernier, une méthode pratique de diagnostic des maladies cutanées; et dans celui de septembre, les indications thérapeutiques que réclament les maladies cutanées *sécrétantes*. Je vais faire connaître celles qui se rattachent aux maladies cutanées *non sécrétantes*.

Les affections non sécrétantes de la peau peuvent, comme les maladies sécrétantes, se présenter, dans quelques cas, sous la forme aiguë; comme elles aussi, elles réclament alors l'emploi de la méthode antiphlogistique; mais il est vrai de dire qu'il s'agit ici d'une méthode antiphlogistique, plutôt palliative que réellement active. Ainsi l'*érythème*, l'*urticaire*, la *roséole*, le *lichen*, le *strophulus*, les *herpès circinné* et *nummulaire*, le *pityriasis rubra*, le *psoriasis*, dans leur période d'acuité, ne demandent que le repos, des tisanes émollientes et des bains simples, d'une durée ordinaire ou prolongée. Quelquefois même il y a lieu de favoriser l'éruption par quelques tisanes légèrement excitantes; c'est surtout le cas où la fièvre précède l'éruption cutanée, sauf à revenir plus tard aux émollients seuls. Ce précepte est surtout applicable à l'enfance et à l'adolescence. C'est qu'en effet toutes ces maladies de la peau, qui débutent avec de la fièvre et des formes franchement in-

flammatoires, se rapprochent beaucoup des fièvres dites *éruptives*. Il faut en favoriser le développement, la sortie, parce qu'il y a là un trouble général de l'économie dont l'éruption fait justice ; une fois l'éruption complétée, ce qui a lieu en général dans les deux ou trois premiers jours, les tisanes rafraîchissantes et les bains émollients suffisent le plus souvent pour en amener la guérison complète. On voit donc, en rapprochant ces faits relatifs à la forme aiguë des maladies non sécrétantes, des principes que j'ai posés relativement aux maladies sécrétantes, que les affections cutanées aiguës en général rentrent dans la catégorie des maladies des autres organes ; que la thérapeutique en est la même ; et que si bon nombre de ces maladies ont été rebelles au traitement, c'est que la plupart des médecins emploient indistinctement, pour les dermatoses, des dépuratifs, des excitants, sans tenir compte de la forme qu'elles présentent, ni de la marche de leur développement. Ils accroissent, ils perpétuent le mal, alors que, par une médication simple, ils eussent guéri avec une grande facilité. Que l'on consulte le mouvement d'entrée et de sortie des maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, au printemps et en été, où la forme aiguë est très-dessinée, on verra que sur cent malades, par exemple, il sortira tous les huit jours dix ou douze d'entre eux ; et ce chiffre paraîtra surprenant aux yeux de bon nombre de médecins, de ceux surtout qui réputent les affections de la peau comme étant toujours des maladies incurables.

Parmi les affections que j'ai citées, il en est bien quelques-unes qui réclament, pour leur complète guérison, quelques-uns de ces moyens. Ainsi, à l'égard du psoriasis aigu, du pityriasis rubra, des herpès, il arrive un moment où, sous l'influence des émollients, la maladie reste stationnaire, mais alors elle réclame les médications qui sont propres aux maladies chroniques, et que nous allons faire connaître tout à l'heure.

Un autre fait, commun aux maladies non sécrétantes, c'est qu'à part l'érythème et la roséole, presque toutes ces maladies débutent le plus souvent sous la forme chronique, et c'est alors que se déroule le tableau des médications qui ont été préconisées pour combattre les dartres : dépuratifs végétaux, substances minérales, bains minéraux. Toutefois, il est deux affections qui, sous ce rapport, sont hors ligne. Elles paraissent essentiellement liées à une altération du sang ou à une phlegmasie chronique du tube digestif, je veux parler du *purpura* et du scorbut. Ces affections, qui se montrent surtout dans l'âge adulte et dans la vieillesse, pendant les mois de juillet et août principalement, étaient autrefois traitées par les médicaments toniques très-énergiques. L'expérience

a démontré aujourd'hui que les médicaments dits antiscorbutiques avaient moins d'efficacité que les sucs acides. C'est au moins ce que nous observons à l'égard de nos malades des hôpitaux ; que ce soit des adultes, que ce soit des vieillards, nous leur faisons sucer un, deux ou trois citrons par jour, nous appliquons sur les parties malades des compresses d'eau vinaigrée, et en peu de jours les accidents cessent. Nous donnons en outre un peu de vin généreux, et deux à trois pilules ferrugineuses par jour. C'est le traitement qui est généralement suivi, tant à l'hospice de la Vieillesse (Hommes) qu'à celui de la Vieillesse (Femmes). En exposant ces faits, je ne prétends pas dire que cette méthode soit applicable au scorbut de mer, à celui qui naît dans les conditions d'humidité permanente et au milieu des privations de tout genre ; je n'exprime que le résultat de l'expérience de tous les jours dans nos hôpitaux.

Quant au purpura et aux taches scorbutiques, qui sont symptomatiques d'une inflammation gastro-intestinale chronique, il est évident que leur traitement est tout entier soumis à la médication que cette cause réclame.

Signalons encore un point de corrélation entre les maladies non sécrétantes et les maladies sécrétantes ; à savoir, que si, dans beaucoup de circonstances, il y a lieu de craindre, en raison de l'âge et de l'état morbide de certains organes internes, la répercussion des dartres sécrétantes, il est certaines affections non sécrétantes dont il faut aussi redouter la guérison trop prompte, et sous ce rapport, les auteurs ne me paraissent pas avoir assez insisté sur ce sujet. Toutes les affections non sécrétantes de la peau, qui causent de la démangeaison, ne peuvent pas être traitées et guéries impunément. Le *prurigo sans papules* d'Alibert, qui tourmente si souvent les vieillards ; le *prurigo avec papules*, le *lichen chronique*, disséminé sur les membres et sur le corps, sont dans ce cas. A plus forte raison le *prurigo pédiculaire* ou la maladie pédiculaire. Ces diverses affections sont très-tenaces ; elles persistent des années, quelquefois même jusqu'à la mort ; mais on peut les guérir, et on les guérit même parfois trop vite. Les moyens qui me réussissent le mieux sont, pour le purigo, la pommade d'Helmerich, celle de toutes les pommades que je préfère aussi pour le traitement de la gale, et, comme pour la gale, les bains sulfureux, enfin le soufre à l'intérieur ; il est peu de prurigo qui résistent à ces moyens bien dirigés. Le même traitement fait céder le prurigo pédiculaire en très-peu de temps. C'est dans ces circonstances d'un traitement trop tôt suivi de succès que l'on voit surgir des abcès aux aisselles ou aux aines, des eczema à l'anus, aux bourses ou sur toute autre partie du corps ; un état fébrile avec trouble dans la digestion et dans les fonctions cérébrales ; il s'opère une congestion au cerveau qui

a lieu d'une manière lente ; dans d'autres cas, des phénomènes de gastralgie et d'autres maladies des organes internes dont le développement est en raison de la susceptibilité ou de la prédisposition de certains sujets. J'ai vu une ophthalmie assez intense se montrer après la guérison trop prompte d'un lichen. Ce sont ces faits qui m'engagent à traiter lentement ces affections, d'abord en me servant d'une pommade faible, en multipliant ensuite les bains de Barèges, et souvent en les remplaçant par les bains de vapeur qui opèrent à la peau une sudation abondante et préviennent ainsi les effets d'une répercussion. Il semble même que cette démangeaison causée par la maladie, et qui dans beaucoup de cas va jusqu'à produire l'insomnie; qui force les malades à se lever la nuit pour prendre le frais, à s'étendre même tout nus sur le carreau; il semble, dis-je, que cette démangeaison soit devenue un besoin. C'est encore afin d'éviter la répercussion de ces affections que je n'hésite pas à purger souvent mes malades, si le tube digestif est en bon état. On opère ainsi à la fois une sorte de révulsion sur la totalité du système cutané que l'on met en action au moyen des bains de vapeur, et sur les muqueuses dont on augmente la sécrétion.

Un autre moyen fort utile dans ces sortes de cas, c'est l'hydrothérapie, employée soit sans sudation, soit avec sudation. Quelquefois il suffit de prescrire au malade un lavage, tous les matins, à l'eau, à la température de la chambre. A cet effet, on fait promener très-rapidement une éponge fort imbibée d'eau sur tout le corps, et dans l'ordre suivant : les pieds, les jambes, les cuisses, les fesses et les parties génitales ; on essuie aussitôt toutes les parties mouillées avec une serviette de toile d'un tissu un peu rude; puis on mouille largement les avant-bras, les bras, les épaules, la poitrine, le ventre et le dos, le long duquel on fait couler de l'eau froide, toujours suivie d'une friction très-rapide à l'aide d'un linge rude et sec. Tous ces lavages doivent, autant que possible, être faits par les malades, afin de mettre en même temps les muscles en action, et ils ne doivent durer que trois à quatre minutes. L'ordre des lavages des extrémités au centre a pour but de ne pas produire tout d'abord une impression trop vive sur les organes internes. Le malade s'habille aussitôt, et autant que possible il fait une promenade à pas un peu précipités pour augmenter la réaction. C'est en sortant du lit et dix minutes après le réveil que ces lavages doivent être opérés, car au réveil la circulation devient plus active, et il faut profiter de cette réaction naturelle pour lui donner encore plus d'énergie ; du reste, ce moyen peut être employé en toute saison; mais il ne faut pas commencer à le mettre en usage durant les gelées.

Ce n'est pas seulement dans quelques cas un traitement curatif, c'est

encore un traitement préservatif du retour des affections dartreuses non sécrétantes. Je le prescris souvent, et avec grand succès, soit contre le retour des maladies auxquelles je viens d'en faire l'application, soit contre le retour de toutes les formes si variées de psoriasis, d'icthyose, de lèpre.

L'hydrothérapie avec sudation peut à elle seule dissiper toutes les affections papuleuses que j'ai indiquées plus haut. Malheureusement cette méthode est encore mal employée en France, voire même dans certains établissements publics qui y sont entièrement consacrés. Il ne m'est pas donné d'entrer dans les détails que réclame une pareille application de l'eau, et que j'ai d'ailleurs déjà sommairement exposée dans un rapport adressé au Conseil des hôpitaux de Paris, lorsque j'en ai fait les premiers essais dans mon service à l'hôpital Saint-Louis. Qu'il me suffise de dire que si on a assez fait abus de l'hydrothérapie en Allemagne pour faire tomber cette méthode de traitement dans un certain discrédit, il y a pourtant du vrai dans les services qu'elle peut rendre à la médecine.

Ne dût-on y trouver que le rétablissement complet des fonctions de la peau, le plus souvent détruites ou fort imparfaites dans un grand nombre de maladies, que ce serait là un moyen puissant de retour à la santé.

On a pu voir dans les paragraphes qui précèdent que les sulfureux devaient constituer la base des affections prurigineuses. Les alcalins sont les agents les plus efficaces du traitement des affections lichénoïdes. C'est en général par les alcalins que j'attaque le lichen chronique. Bicarbonate de soude à l'intérieur, depuis 1 jusqu'à 4 et 6 grammes par jour, dans de la tisane de chicorée sauvage. A l'extérieur, une pommade alcaline contenant depuis 5 décigrammes jusqu'à 4 grammes de carbonate de soude, des bains tenant en dissolution depuis 125 jusqu'à 400 grammes du même sel. Les sels à bases de potasse sont en général trop irritants. Mais, dans la confection des pommades, le médecin doit avoir le soin de prescrire la dissolution au préalable du sel alcalin à l'aide d'un peu d'eau distillée avant l'incorporation à l'axonge, sans quoi la pommade est graveleuse, le sel est isolé, il fait naître des érythèmes, des vésicules ou même des pustules sur la peau; il exaspère en outre l'affection papuleuse.

Une espèce de lichen fait exception à cette règle, c'est le lichen agrius, pour lequel un traitement ayant pour base, à l'intérieur, la teinture de cantharides, à l'extérieur, les bains de vapeur, est presque toujours suivi de succès, alors même que l'affection remonte à plusieurs années.

Enfin, pour terminer l'esquisse de la thérapeutique des affections papuleuses et lichénoïdes, disons qu'avant toute application de traitement, l'état sain ou malade des organes internes, et particulièrement des voies digestives, doit être constaté, et que le médecin doit diriger son traitement en raison du résultat de cette appréciation ; attendu que souvent la maladie de la peau n'est qu'un état morbide consécutif à l'affection interne préexistante.

Quant aux affections squammeuses, leur traitement est ou interne ou externe. Les médications internes peuvent être faites au moyen des préparations arsenicales ou antimoniales. Les médications externes comprennent les pommades de goudron, de précipité blanc, de soufre, d'alcalins, et des bains de vapeur ou alcalins. Les détails que comportent ces diverses médications ne sauraient être exposés dans un aperçu si général. Je me propose de traiter successivement et en particulier des diverses médications que réclament ces affections de la peau, surtout en exposant la manière de les appliquer et de les faire suivre par les malades ; en un mot, d'entrer à cet égard dans des détails d'application pratique dont les traités *ex professo* sont en général trop sobres. C'est ce que je réaliserai dans les prochains numéros de ce journal, sous les dénominations de médications dépuratives, sulfureuses, alcalines, mercurielles, antimoniales, arsenicales, aqueuses, etc., en tant qu'il s'agira d'applications aux maladies cutanées. A. Devergie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE GALACTOCÈLE MAMMAIRE, OU TUMEUR LAITEUSE DU SEIN, ET SON TRAITEMENT.

Par le docteur Amédée Forget.

Pendant la lactation, la mamelle peut présenter plusieurs états pathologiques dans la production desquels le lait joue un rôle important. Les uns, comme toutes les inflammations phlegmoneuses, les divers abcès et les indurations, ont été l'objet de nombreux travaux qui ne laissent rien à désirer. D'autres, et il faut placer en première ligne les tumeurs laiteuses, plus rarement observés en pratique, n'ont pas été également bien étudiés, et leur histoire, sous plusieurs rapports, notamment sous celui de l'anatomie pathologique, m'a paru susceptible de développements et de recherches utiles pour leur traitement.

En lisant les auteurs où se rencontrent disséminés les faits assez rares qui peuvent éclairer cette intéressante question de pathologie, on voit que le lait sécrété en vue de l'accomplissement d'une fonction physiologique peut, sous l'influence de plusieurs causes, mais le plus souvent par suite d'une inflammation de la glande mammaire ou de ses conduits, être retenu dans ces mêmes conduits et y constituer, en s'y accumulant, des tumeurs de volume et de consistance variables. Les unes, solides mais non dures, ont été décrites, en raison de leur nature, sous le nom de tumeurs butyreuses et caséeuses ; ce sont celles dont l'existence est déjà ancienne, et le plus ordinairement elles sont enkystées dans le tissu fibro-celluleux de la mamelle où le lait s'est primitivement ou consécutivement épanché. Les autres, liquides, fluctuantes, constituent seules, à vraiment dire, les tumeurs laiteuses. Elles m'occuperont exclusivement, sous le nom de *galactocèle*, qui me paraît mieux leur convenir. Disons cependant qu'il ne semble pas irrationnel de conserver la même dénomination pour le cas où, au lieu de se former en une ou plusieurs collections circonscrites, le lait déterminerait une ampliation générale du sein par la dilatation de tous les conduits galactophores ou par son infiltration dans le tissu cellulaire par suite de la rupture de quelques-uns de ces mêmes conduits, ainsi que cela me paraît avoir eu lieu chez une malade dont parle M. le professeur Velpeau dans le Journal hebdomadaire, 1829, t. IV, p. 227. « La mamelle, dit ce chirurgien, semble être comme imbibée de lait ou de sérum lactescent. »

Obs. I. Une femme, dont le sein paraissait transformé en une masse spongieuse, fort sensible depuis quelques jours, m'a offert en 1828 un exemple de ce genre d'infiltration laiteuse. Après une ponction exploratrice, je vis exsuder par la piqûre une quantité notable de fluide laiteux qui sortait évidemment des mailles du tissu cellulaire.

On peut donc, d'après ce fait, admettre une variété particulière de galactocèle dite par infiltration ; mais cette variété ne sera qu'exceptionnelle, car dans tous les cas dont les auteurs ont parlé, nous verrons la tumeur constituée par un kyste unique, isolé et bien circonscrit. L'observation qui se présente la première en date, et qui servira de terme précieux pour évaluer le volume que le galactocèle est susceptible d'acquérir, appartient à Scarpa ; Boyer, qui la rapporte d'après Wolpy, ne lui connaissait pas d'analogue ; or, depuis, cet analogue ne s'est pas rencontré.

Obs. II. Une paysanne, dit le chirurgien de Pavie, âgée de vingt ans, d'une petite stature, d'une constitution robuste, et dont les mamelles étaient naturellement volumineuses, s'aperçut, dix jours après un second accouchement

qui d'ailleurs avait été très-heureux, d'un gonflement assez considérable dans la région axillaire gauche *et qui n'avait été précédé d'aucun phénomène inflammatoire; il n'y avait ni fièvre, ni douleur notable.* Nonobstant cette tuméfaction elle continua d'allaiter son enfant des deux mamelles, mais en le présentant plus souvent à gauche qu'à droite, dans l'espoir de hâter la disparition de la tumeur de l'aisselle; il en résulta un effet tout contraire, car l'écoulement du lait par le mamelon gauche diminua chaque jour de plus en plus, tandis que le gonflement de l'aisselle s'accrut davantage. Peu à peu cette tuméfaction s'étendit le long du côté externe de la mamelle dont elle envahit la totalité. Alors il n'en sortit plus une goutte de lait et cet organe acquit, en moins de deux mois, un volume tel qu'il avait près de 34 pouces de circonférence, et quand cette femme était assise, la mamelle était tellement allongée qu'elle appuyait sur la cuisse gauche. Cette vaste tumeur était rénitente sur tous les points de sa surface; la peau n'offrait aucune altération appréciable, les veines sous-cutanées étaient sensiblement dilatées. Afin de connaître la nature du liquide qui y était contenu, j'enfonçai un trocart de moyenne grosseur dans la région de l'aisselle où la tuméfaction s'était d'abord prononcée et où les téguments se trouvaient le plus amincis. Au moment où je retirai la tige de l'instrument, il sortit par la canule et par un jet continu, un lait pur, sans mélange, et dont il s'écoula ainsi dix livres qui furent recueillies. Je ne fus pas peu surpris d'un semblable fait, ainsi que les assistants, au nombre desquels était le docteur Frauck. A mesure que le lait sortait ainsi par la canule, la mamelle diminuait de volume, et, quand elle fut entièrement vidée, elle n'était pas sensiblement plus grosse que celle du côté droit. Avant de retirer la canule, Scarpa ajoute qu'il s'en servit pour pratiquer de haut en bas et sur la partie latérale externe de la mamelle une incision d'un pouce de longueur dans laquelle il introduisit une mèche, afin de faciliter l'entier écoulement du lait, du sang et de la sérosité qui pouvaient exister dans cette cavité accidentelle et pour déterminer une inflammation adhésive de ses parois. Les dix livres de lait extraites par la ponction furent chimiquement examinées: le liquide ne différait en rien du lait de femme récemment excrété. L'auteur nous apprend qu'il fut obligé, pour faciliter l'écoulement de la suppuration et hâter la cicatrisation du fond de la cavité, de pratiquer une contre-ouverture qui lui servit à passer dans toute l'étendue de la mamelle un séton semblable à celui que Pott employait pour la cure radicale de l'hydrocèle de la tunique vaginale. En retirant chaque jour quelques-uns des fils qui le composaient, il obtint enfin l'oblitération entière de ce foyer considérable. Deux ans plus tard, cette femme devint enceinte pour la troisième fois, et, ce qui est digne de remarque, c'est qu'elle put allaiter son enfant des deux mamelles, sans que l'épanchement laiteux se reproduisit dans la mamelle gauche.

Cette observation constitua longtemps à elle seule tout ce que l'on savait du galactocèle mammaire, et la plupart des auteurs qui ont traité des lésions organiques du sein l'ont reproduite comme exemple d'une maladie insolite et en quelque sorte exceptionnelle. Ce n'est que plus tard que nous en trouvons une description complète dans les OEuvres d'Astley Cooper, page 509, traduction Richelot et Chassaignac. « Quel

quefois, dit ce chirurgien, il se forme dans la mamelle, à la suite de l'accouchement, un engorgement auquel j'ai donné le nom d'engorgement laiteux, parce qu'il résulte d'une abondante accumulation de lait dans un des conduits galactophores.» Il expose ensuite les principaux caractères symptomatiques de la tumeur, et il en cite l'exemple suivant :

Obs. III. Mistriss Reddle eut à l'âge de trente-huit ans, au sein droit, une tumeur qui parut un mois après la naissance de son premier enfant (quand le chirurgien anglais vit cette tumeur, elle existait déjà depuis une année). J'y pratiquai, ajoute-t-il, une ouverture avec la lancette, et il en sortit six onces d'un coagulum blanchâtre, nageant dans une petite quantité de sérosité citrine. La peau n'offrait aucune altération de couleur, la santé générale était bonne. La malade avait déjà eu, dans une première grossesse, un abcès du sein, ce qui ne mit point obstacle à la sécrétion du lait dans cet organe après l'accouchement qui suivit. C'est à la suite du dernier accouchement de cette dame que se forma la tumeur laiteuse, qui atteignit peu à peu le volume d'une orange, ne causant que par intervalle des douleurs peu intenses. Ayant reconnu dans la tumeur l'existence d'une fluctuation obscure, j'y pratiquai une ouverture qui donna issue à une quantité considérable de lait à demi coagulé. L'écoulement du liquide persista pendant trois jours, au bout desquels il cessa complétement. La malade attribuait la formation de cette tumeur à un coup qu'elle prétendait avoir reçu dans le sein.

On voit, par les deux observations précédentes, qu'un des principaux caractères du galactocèle, et qui peut même servir à le différencier d'autres tumeurs mammaires enkystées ayant avec lui quelque ressemblance symptomatique, c'est la coïncidence de son développement avec la sécrétion laiteuse consécutive à l'accouchement. Il paraît cependant, d'après l'observation suivante de Dupuytren, qu'il peut encore se produire pendant la grossesse.

Obs. IV. Ce chirurgien fut appelé auprès d'une femme qui portait dans le sein une tumeur rénitente, mobile. En la comprimant elle conservait l'impression du doigt; elle était située au-dessous du mamelon et avait atteint le volume d'un œuf de poule au moment où Dupuytren en pratiqua l'ouverture. La matière, semblable à de la crème, de couleur jaune et sans odeur, était contenue dans un kiste à parois dures, inégales, granuleuses et très-adhérentes aux parties voisines (1). Dupuytren voulant épargner à la malade les douleurs d'une dissection qu'il jugea devoir être longue et difficile, préféra enflammer le kyste et provoquer ainsi l'adhésion de ses parois en y introduisant des mèches de charpie.

Si cette observation, comme le pense M. Bérard, auquel nous l'empruntons, ne démontre pas qu'il y ait eu préalablement dans le sein

(1) Thèse de concours, année 1842.

une poche pleine de lait, condition expresse pour nous de l'existence du galactocèle, elle prouve au moins que pendant la gestation le lait peut s'épancher hors de ses conduits naturels, et c'est là surtout ce qu'il nous importait d'établir; car on comprendra que si cet épanchement peut se faire avec lenteur, goutte à goutte, de façon que le liquide se condense à mesure qu'il s'infiltre dans le tissu cellulaire par suite de la résorption de ses éléments les plus fluides, rien n'empêche que dans des conditions opposées cet épanchement ne s'effectue en plus grande abondance, et qu'alors le lait ne se résume en une collection liquide, de même qu'à l'intérieur d'un ou de plusieurs de ses conduits dilatés et oblitérés.

Quant à la cause de l'oblitération des vaisseaux galactophores, Astley Cooper l'attribue à l'inflammation. Remarquons toutefois que dans le cas rapporté d'après Scarpa, cette origine ne s'est révélée par aucun signe appréciable; mais nous la retrouverons on ne peut plus évidente dans l'observation que nous reproduisons plus bas. Il faut encore faire rentrer dans le cadre étiologique de cette maladie l'action des violences extérieures : on se rappellera que la malade d'Astley Cooper avait reçu un coup dans le sein.

Il est un autre caractère de la tumeur laiteuse qui ressort en toute évidence du fait emprunté à Scarpa, c'est la rapidité et l'étendue considérable de son développement dans un temps très-court ; nous ne connaissons pas une seule autre tumeur du sein, qui, au milieu de circonstances identiques, soit susceptible d'acquérir un volume égal dans l'espace de deux mois. Ce mode de développement s'explique du reste par l'afflux incessant du lait dans la mamelle, sollicité et entretenu par la succion opérée par l'enfant quand l'allaitement est continué. Une dernière observation que j'ai moi-même recueillie dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, viendra confirmer les faits qui précèdent, en même temps qu'elle éclairera le côté anatomique de la question qui nous occupe, ce qui n'avait pas encore été fait.

Obs. V. La femme Jacquart, âgée de vingt-neuf ans, douée d'une constitution médiocre, entra à l'hôpital Saint-Louis dans le mois d'août dernier. Depuis six ans cette femme a eu quatre enfants : il y a deux mois qu'elle est accouchée pour la dernière fois.

A la suite de son premier accouchement, elle eut *une inflammation très-forte du sein droit, ce qui l'empêcha de nourrir*. Depuis, ce sein est resté plus volumineux que l'autre : entre chaque grossesse, la sécrétion laiteuse continua de se faire; souvent, dit la malade, du lait sortait par le mamelon; cet état était complètement indolore : après chaque accouchement, le sein droit acquérait plus de volume, surtout à sa partie inférieure, puis il diminuait un peu, sans cesser toutefois d'être beaucoup plus gros que le sein gauche.

Etat actuel. — Le sein droit offre une conformation fort irrégulière, la peau de la région prépectorale flasque, extensible, a subi un allongement manifeste, et constitue une espèce de poche au fond de laquelle on voit, à la partie la plus déclive du sein, une tumeur arrondie, non bosselée, du volume des deux poings réunis : la peau, fortement tendue à sa surface, glisse sur elle sans y adhérer. Elle présente plusieurs veines variqueuses qui mesurent de haut en bas le diamètre de la tumeur. Par le toucher on constate, immédiatement sous la peau et dans presque tous les points de sa circonférence, un tissu granuleux, disposé en nappe, donnant la même sensation que le tissu de la glande mammaire; seulement, il paraît être plus consistant, plus dur. On perçoit encore une fluctuation très-évidente en avant et sur le côté interne de la tumeur : en haut et en dehors, la fluctuation semble plus éloignée; dans cette dernière direction, le tissu granuleux sous-cutané offre une plus grande épaisseur, et en faisant remonter les doigts le long de ce tissu, on arrive sur la glande mammaire dont il n'est qu'un prolongement qui va adhérer à la tumeur. La glande elle-même est portée en dehors vers l'aisselle; couchée sur le côté externe de la poitrine, au lieu d'avoir sa forme arrondie ordinaire, elle est allongée verticalement et aplatie : la tumeur, quand le sein n'est pas soutenu, paraît comme suspendue à l'extrémité inférieure de la glande mammaire. Le mamelon, assez volumineux, est lui-même porté en dehors avec cette dernière. En saisissant, entre le pouce et les autres doigts de la main, la tumeur à sa base, on lui forme aisément, tant la peau est lâche, une sorte de pédicule ou collet; cette manœuvre la rend tout á fait globuleuse, en même temps qu'elle devient plus rénitente et plus tendue. C'est en procédant de la sorte au moment de l'opération, afin de s'assurer s'il existait de la transparence, que M. Jobert constata la non-existence de ce signe; mais de plus la constriction que la peau, ainsi ramenée de tous les points de la tumeur vers sa base, exerça sur elle, détermina par le mamelon l'écoulement du lait en gouttes pressées, volumineuses et épaisses. Cette circonstance fut expliquée par l'état fonctionnel de la glande mammaire influencée par un accouchement récent ; et, sans préjuger de la nature de la matière qu'il renfermait, on diagnostiqua l'existence d'un kyste du sein, contenant un liquide et exigeant une opération. C'est alors que M. Jobert pratiqua au centre de la tumeur une ponction avec un trocart explorateur de petit calibre. Dès qu'il eut retiré la tige de l'instrument, il s'écoula par la canule, en jet continu, un verre environ de de lait pur et jaune. La tumeur s'affaissa, et son volume diminua de toute la quantité du liquide extrait. Le chirurgien retira la canule et procéda à l'extirpation du kyste. Pour cela, il comprit dans deux incisions semi-lunaires une portion de sa paroi antérieure : celle-ci ayant été entamée par le bistouri, le lait s'échappa à flots; l'opérateur se hâta alors de la réséquer avec des ciseaux ; saisissant ensuite le kyste avec des pinces, il disséqua sa paroi postérieure, qui n'était que faiblement retenue par un tissu cellulaire lâche, extensible, interposé à la glande mammaire et au muscle grand pectoral. Avec la tumeur, on enleva une portion de la glande qui lui était intimement annexée, surtout en dehors. L'hémorrhagie fut abondante et nécessita une douzaine de ligatures. Quand la plaie fut détergée on put voir du lait couler assez abondamment à sa surface, dans les points où le tissu mammaire avait été coupé. On réunit à l'aide de plusieurs points de suture entortillée, et on fit un pansement simple (agaric enduit de cérat, charpie

compresses et baudage circulaire.) La suppuration abondante qui suivit l'opération fit échouer la réunion immédiate; à chaque pansement on constatait l'écoulement du lait par la plaie, et en pressant sur le centre de la mamelle on rendait cet écoulement beaucoup plus abondant en même temps qu'il s'effectuait par le mamelon; les granulations glanduleuses et leurs conduits incisés dans l'opération formèrent autant de fistules laiteuses qui retardèrent la cicatrisation. On put remarquer, en effet, qu'elle s'effectua des parties superficielles vers celles situées profondément, et ainsi plus directement en rapport avec le tissu mammaire; le fond de la plaie se cicatrisa donc en dernier lieu après avoir été soumis à de nombreuses cautérisations faites à l'aide du crayon de nitrate d'argent. La femme Jacquart sortit guérie de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre. La sécrétion laiteuse subsistait encore dans les deux mamelles, et on pouvait même en faire jaillir le lait en les comprimant; d'ailleurs les seins sont mous, moitié plus petits qu'avant l'opération et également indolores l'un et l'autre.

Examen anatomique de la tumeur.

Dans l'exposé qui vient d'être fait des caractères séméïotiques de la tumeur, j'ai signalé ses connexions avec la glande mammaire; l'existence de ces connexions fut constatée par l'examen anatomique des parties qui démontrent de plus l'extension du tissu glanduleux à presque toute la surface extérieure du kyste auquel il formait comme une sorte d'enveloppe. Ce tissu changeait d'aspect, de forme et de consistance suivant qu'on l'examinait dans un point ou dans un autre. Ainsi, à la partie externe et supérieure du kyste, il est souple, élastique, très-vasculaire et plus rouge que dans l'état normal; tandis qu'à la partie inférieure et interne, dans le point le plus éloigné du centre de la glande, par suite du développement excentrique de la tumeur à laquelle il est accolé, ce tissu a subi un degré de distension tel, que les lobules granuleux qui le constituent sont aplatis, allongés, plus durs, et doués d'une vascularité moindre.

Indépendamment des parties molles et du galactocèle volumineux que nous connaissons déjà, il en existait deux autres plus petits : l'un avait le volume d'un œuf de pigeon, l'autre celui d'une noisette; ils étaient tous deux complétement englobés dans le tissu de la glande, et renfermaient un lait pur et crémeux. Ils étaient adossés au kyste principal, dont les séparait un tissu fibro-cellulaire assez dense, et n'offraient aucune voie de communication avec lui.

Vu à l'intérieur, ce dernier est lisse comme les kystes séreux, il offre une couleur blanchâtre sur laquelle tranchent, par leur coloration jaune, quelques plaques produites par du lait épanché sous la membrane qui constitue le kyste; sur le fond de celui-ci existent deux ulcérations de la grandeur d'une pièce de deux francs environ, arrondies, grisâtres, offrant plusieurs points d'un jaune opaque, correspondant à des grumeaux de matière caséeuse déposés dans l'épaisseur des parties ulcérées. La paroi du kyste a subi une solution de continuité au niveau de ces ulcérations, dont elle limite la circonférence sans la dépasser. Quant au fond lui-même des ulcérations, il est constitué par le tissu mammaire qui se trouve déjà en voie de ramollissement, gris, purulent dans une certaine étendue. Cette même surface interne du galactocèle est remarquable par un grand nombre de lignes blanchâtres irrégulièrement disposées ; si on exerce avec le doigt une pression, même

légère, sur le trajet parcouru par ces lignes, on fait sans peine refluer du lait qui arrive jusqu'à l'intérieur de la poche par des orifices distincts et isolés. J'introduisis par ces orifices des soies noires de sanglier qui rendirent on ne peut plus évidente la disposition d'un grand nombre de conduits galactophores qui, immédiatement adossés à la paroi du kyste, allaient se perdre dans l'épaisseur des lobules glanduleux : plusieurs de ces canaux excréteurs (en tout, j'en comptai une dizaine) étaient assez dilatés pour recevoir, sans effort ni déchirure, un stylet ordinaire qui les parcourait aisément; leur orifice était marqué par un petit repli valvulaire, falciforme, qui se continuait par ses extrémités avec la paroi membraneuse du kyste au moyen de deux prolongements qui bientôt se confondaient avec elle. Tous ces canaux étaient remplis de lait, ainsi que les grains glanduleux où ils allaient se perdre.

Cette description anatomique du galactocèle principal peut s'appliquer aux deux autres; toutes les mêmes conditions de forme, de structure, de rapports s'y retrouvent, avec cette seule différence qu'elles y prennent des proportions plus restreintes. C'est toujours la même modification organique, mais successivement décroissante du plus grand au plus petit. Ainsi les parois membraneuses sont plus minces, leur coloration est plus uniformément blanche, les canaux excréteurs ont des dimensions moins considérables; en y introduisant un stylet, il arrive dans le tissu glanduleux après un trajet fort court. Cette différence dans les faits anatomiques s'explique sans peine par celle qui existe dans le volume et le degré d'accroissement particulier à chacun des kystes.

Si maintenant nous remontons de l'examen de ces derniers à celui du tissu de la glande mammaire, qui leur est adjacent et même adhérent au moyen des rapports vasculaires qui viennent d'être suffisamment établis, il nous sera facile, à l'aide de plusieurs coupes convenablement faites, de constater dans l'épaisseur de ce tissu un entre-croisement irrégulier de linéaments blancs qui sont bien évidemment l'indication des radicules des canaux excréteurs. J'ai trouvé plusieurs de ceux-ci assez dilatés pour qu'il me fût facile de suivre les embranchements anastomotiques nombreux qu'ils forment entre eux. Cette disposition pathologique m'a paru devoir éclairer utilement l'anatomie normale de ces conduits. Ainsi, à l'intérieur de quelques-uns assez dilatés pour pouvoir être divisés avec des ciseaux, je vis très-distinctement les orifices d'autres conduits plus petits; un, entre autres, qui eût pu recevoir dans sa cavité une petite noisette, formait par son extrême ampliation, dans l'épaisseur de la glande, une sorte de confluent ou de sinus dans lequel je pus compter jusqu'à sept orifices de canaux secondaires qui venaient s'y aboucher largement. Par ces orifices je fis refluer du lait à volonté en comprimant le tissu de la glande.

Siége, marche et développement du galactocèle. — Si j'ai autant insisté sur tous ces détails d'anatomie pathologique, c'est qu'ils m'ont paru on ne peut plus démonstratifs pour juger matériellement une question de pathogénie qui ne l'avait été jusqu'ici que d'une manière spéculative : sans doute, dans son observation remarquable, Scarpa dit bien que la tumeur était déterminée par la dilatation des conduits galactophores; Astley Cooper, Dupuytren, et plus récemment MM. Bérard,

Velpeau et Nélaton, indiquent la même origine aux tumeurs laiteuses, mais aucun d'eux n'a fait la preuve anatomique de son opinion. Mieux servi par les circonstances, j'ai dû à la bienveillance de mon honorable confrère M. Jobert, de pouvoir remplir cette lacune, en me servant d'éléments anatomiques que j'ai moi-même disséqués avec le plus grand soin. Or, ces éléments ne démontrent pas seulement le point de départ du galactocèle mammaire, ils permettent encore de le suivre dans les diverses phases de son évolution. C'est ainsi qu'il s'offre à notre observation avec toute sa simplicité primordiale, et en quelque sorte à l'état naissant dans le renflement considérable d'un conduit galactophore que je signalais en dernier lieu, en le comparant à une espèce de confluent. Enfoui dans l'épaisseur du tissu mammaire qui le circonscrit et le restreint dans d'étroites limites, il marque l'origine d'une lésion organique que nous retrouvons à des degrés successivement plus élevés dans les trois kystes laiteux dont nous avons donné la description. Il est évident pour moi que si l'opération chez notre malade eût été indéfiniment différée, chacun de ces kystes eût acquis un plus grand développement, à mesure qu'une nouvelle quantité de lait eût été versée à son intérieur, et si après six ans d'existence la tumeur principale n'a encore qu'un volume modéré, cela tient aux communications qui existaient entre sa cavité et les vaisseaux du mamelon, et établissaient une voie d'écoulement pour le lait à l'extérieur.

Quant au mécanisme de l'évolution du galactocèle, on comprend facilement comment ce dernier, en s'élevant à des proportions de plus en plus considérables par un mouvement d'expansion lent, mais progressif et incessant, agit sur le tissu de la glande mammaire, le comprime, le refoule en tout sens ; et comment tôt ou tard il finit par s'en isoler plus ou moins complétement et devient alors très-apparent. Il arrivera souvent aussi, comme nous l'avons vu dans notre observation, que le kyste laiteux se doublera extérieurement d'une couche de tissu glanduleux, disposition dont il faudra tenir compte dans l'étude de ces tumeurs au point de vue du diagnostic, car elle donne au toucher une sensation particulière, qui est celle d'une substance granuleuse, disposée en nappe, comme j'ai eu soin de le faire remarquer.

Nous retrouvons, au surplus, pour le développement du galactocèle, le même procédé que pour celui des tumeurs liquides en général au sein de l'économie : ces tumeurs tendent constamment à prendre une forme sphérique; or, l'effet de cette tendance est de les douer d'une force excentrique en vertu de laquelle elles refoulent autour d'elles les parties environnantes, ou s'en forment une enveloppe extérieure, en les soumettant à une distension dont le degré est en proportion du volume

qu'elles ont acquis. Or, avant d'être complète, l'évolution de ces produits pathologiques passe par des points intermédiaires, qu'ici nous retrouvons tous, et dont chacun correspond à une phase distincte de la maladie que nous voyons arrivée à son *summum* de développement dans le fait de Scarpa.

Pour peu que le galactocèle soit volumineux, Dupuytren n'admet plus, avec Astley Cooper, que le lait continue d'être renfermé dans les vaisseaux galactophores, dont les parois ne sauraient être extensibles jusqu'à ce degré; il pense que le liquide alors s'est épanché dans le tissu cellulaire et que le kyste est constitué par ce dernier. Sans rejeter complétement cette manière de voir, qui peut être exacte dans certains cas, je crois cependant possible d'expliquer le développement même considérable de ces tumeurs, par la formation successive de plusieurs kystes communiquant entre eux, disposition qui ne ferait que reproduire, dans des dimensions accrues, celle que nous avons dit exister pour plusieurs canaux galactophores très-dilatés, et s'ouvrant tous dans une sorte de sinus, commun par des orifices larges et directs. Ne se pourrait-il pas encore que plusieurs kystes laiteux, isolés dans le principe et tout à fait indépendants l'un de l'autre, se missent en contact et s'ouvrissent l'un dans l'autre par le fait d'une inflammation ulcéreuse développée dans l'épaisseur de leurs parois, et analogue à celle dont nous avons constaté l'existence en faisant l'étude anatomique de la pièce enlevée chez notre malade? Quoi qu'il en soit, dans le cas actuel, bien que la tumeur principale ait eu le volume des deux poings réunis, il est certain que le lait était accumulé et retenu dans ses voies naturelles; autrement on n'expliquerait pas son reflux possible et son écoulement par le mamelon, car on sait, et c'est un point d'anatomie pathologique parfaitement établi, surtout par les travaux récents de M. le professeur Velpeau sur les cavités closes accidentelles, on sait, dis-je, que l'enkystement qui s'opère autour d'un liquide épanché dans les tissus vivants est complet, et que tout retour vers la source d'où il émane lui devient impossible. C'était donc bien un ou plusieurs canaux excréteurs dilatés qui constituaient les galactocèles dont il s'agit; et après l'examen le plus attentif des pièces, il ne saurait exister pour nous aucun doute à cet égard.

Traitement du galactocèle. — Si l'interprétation des faits qui précèdent m'a permis d'éclairer l'origine et le mode de développement du galactocèle mammaire, il me reste à rechercher les indications thérapeutiques qu'ils peuvent renfermer; or, la plus générale de ces indications prescrit, avant de faire intervenir les procédés chirurgicaux, de prendre en considération l'état fonctionnel particulier où se trouve la malade, état qui se rattache par des liens sympathiques à l'ensemble de la con-

stitution, je veux parler de la sécrétion laiteuse, qu'il importe avant toute chose de modifier et de faire cesser si elle existe encore au moment où le chirurgien est appelé. Que le galactocèle soit isolé complétement du reste de la glande, ce qui me paraît peu probable, ou qu'il communique avec ses nombreux vaisseaux excréteurs, ainsi qu'on l'a vu dans l'observation recueillie par moi à l'hôpital Saint-Louis, il sera toujours rationnel de tarir, préalablement à toute autre tentative, la source du lait ; dans ce but on diminuera l'alimentation, on aura recours aux purgatifs souvent répétés, et à tous les autres moyens avantageusement mis en usage en pareil cas. Il est presque inutile d'ajouter que l'on devra sevrer l'enfant ; cette précaution, recommandée par Astley Cooper, est encore plus formellement prescrite par l'observation de Scarpa, qui nous a fait assister au développement énorme de la tumeur sous l'influence marquée de l'allaitement que la femme exagérait, pour ainsi dire, en vue de faire disparaître l'engorgement de son sein. Cependant, si le galactocèle était peu volumineux et qu'il se vidât en partie par le mamelon, il n'y aurait pas d'inconvénient à continuer l'allaitement ; d'autant mieux qu'il serait possible alors d'atteindre le terme naturel de la lactation, ce qui est toujours plus avantageux pour la mère et surtout pour l'enfant.

Lorsque la guérison ne peut être obtenue autrement que par une opération chirurgicale, on voit, par notre observation cinquième, l'inconvénient de la pratiquer avant d'avoir suivi le précepte que je donnais tout à l'heure, de faire cesser la sécrétion du lait. En effet, ce liquide; sans cesse versé à la surface de la plaie, s'oppose à la réunion immédiate, et retarde beaucoup la cicatrisation. J'ajouterai qu'une opération sanglante et douloureuse, faite sur un organe actuellement le siége d'une fonction physiologique aussi importante, peut jeter un trouble profond dans l'économie en amenant la cessation subite de cette fonction ; combien n'a-t-on pas vu de causes plus légères supprimer ainsi brusquement la sécrétion laiteuse, et donner lieu à des accidents consécutifs fort graves ! Quant au genre d'opération réclamé par le galactocèle, il est indiqué par l'ancienneté de la maladie, le volume de la tumeur, la densité des parois du kyste, et par les propriétés physiques du lait qu'il renferme : dans le cas d'Astley Cooper, nous voyons une simple ponction être suivie de la guérison ; le galactocèle avait cependant un an d'existence, et le lait avait subi un certain degré d'altération. Cela devra, en général, engager le chirurgien à ne pas trop se presser de recourir à un procédé chirurgical plus compliqué. L'incision du kyste devient nécessaire quand la ponction est insuffisante : cette incision doit l'ouvrir dans toute son étendue, quand, à l'exemple de Dupuytren, on se propose d'en déterminer l'exfoliation. Ce procédé convient toutes les fois que les parois du

kyste sont dures, épaisses, et que le lait qu'il renferme dans sa cavité a une densité telle, qu'il s'écoule difficilement par la canule du trocart. Le séton, qui a si bien réussi à Scarpa, nous semble encore préférable à la résection de la totalité, et même d'une portion du kyste ; il laisse intacte la glande mammaire, tandis que par cette dernière opération on court toujours la chance de l'intéresser : il est aussi moins douloureux et ne laisse pas après lui une cicatrice aussi difforme. Il est applicable surtout au galactocèle très-volumineux ; mais avant de le mettre en usage, je voudrais que, par des ponctions successives, faites à quelques jours d'intervalle l'une de l'autre, on parvînt à diminuer l'étendue du kyste en extrayant chaque fois une quantité nouvelle de liquide ; de cette manière, ses parois et les parties molles extérieures revenant insensiblement sur elles-mêmes, diminueraient beaucoup l'étendue de sa cavité ; si bien qu'au lieu de porter son action sur une surface très-considérable, le séton agirait dans une sphère plus restreinte ; et l'inflammation qu'il doit nécessairement produire pour que la guérison s'opère, occupant moins d'espace, serait moins grave et donnerait lieu à une suppuration moins abondante, et conséquemment à une guérison plus prompte. Or, c'est là un avantage incontestable, si on fait attention que cette inflammation doit parcourir ses phases sur un point très-rapproché d'une cavité splanchnique, et au milieu de tissus doués d'une très-riche vascularité et on ne peut plus favorables, par leur structure, à l'extension d'une phlegmasie qui leur est contiguë. C'est encore en vue du même résultat que nous conseillerons l'emploi de ces ponctions successives dans le cas où on se déciderait à injecter un liquide irritant dans l'intérieur du kyste pour en obtenir la guérison. J'ajouterai que le traitement du galactocèle par injections ne serait pas sans danger, en raison des nombreuses voies de communication que nous avons vues exister entre sa cavité et le tissu mammaire ; on comprendra en effet tout ce que pourrait produire de fâcheux la pénétration d'un liquide irritant dans l'épaisseur de celui-ci.

Dans le cas où le galactocèle, par suite de son développement considérable, aurait fait subir à la peau une telle distension qu'on pourrait craindre qu'elle ne puisse pas revenir suffisamment sur elle-même après l'évacuation du liquide, on devrait alors sacrifier une portion des téguments et du kyste tout à la fois ; cette indication serait plus marquée encore si la peau était amincie, enflammée, et menacée d'une prochaine ulcération. Si cette ulcération, qui est un des modes de terminaison des tumeurs laiteuses, existait déjà, il n'y aurait pas d'autre moyen de guérison à tenter que l'incision du kyste seule ou combinée avec l'excision de ses parois, dans une étendue suffisante, si le cas semblait l'exiger.

Dr Amédée Forget.

NOTE SUR LES PERFECTIONNEMENTS APPORTÉS DANS CES DERNIERS TEMPS A L'OPÉRATION DE LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP.

Par M. Barrier, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Quoique la trachéotomie soit une opération amenée par les progrès de l'art à un haut degré de perfection, elle est encore environnée d'assez grandes difficultés et de dangers assez sérieux pour qu'on doive accueillir favorablement les modifications proposées dans le but de la rendre et plus simple et plus sûre. En effet, elle n'est pas seulement difficile pour celui qui ne trouve que rarement l'occasion de s'exercer au manuel des opérations; elle l'est même pour les hommes les plus versés dans la médecine opératoire, et une vaste expérience peut seule faire surmonter les écueils auxquels on est exposé. Mais cette expérience ne peut s'acquérir que sur le vivant ; car la pratique de l'opération sur le cadavre ne présente pas même l'ombre des difficultés qu'on rencontre chez un malade en proie à une suffocation imminente. Et cependant, c'est une de ces opérations, comme celle de la hernie, que tous les praticiens sont appelés à faire, puisqu'elle ne peut être différée dans les cas qui la réclament.

M. Garin(1), dont nous allons rappeler les recherches sur ce sujet, a fait au procédé ordinaire de bonnes objections, dont plusieurs au moins nous paraissent fondées. « Quand on réfléchit, dit-il, au lieu d'élection adopté pour l'incision des tissus sous-cutanés et pour l'ouverture de la trachée-artère, on demeure vraiment surpris. Pouvait-on, en effet, choisir dans la région sous-hyoïdienne un point plus abondant en vaisseaux de tous genres? Partager le corps thyroïde et porter plus bas le bistouri, n'est-ce pas s'exposer à ouvrir, comme l'indique d'ailleurs le procédé cité plus haut, le plexus veineux thyroïdien tout entier et l'artère thyroïdienne de Neubauer quand elle existe, sans compter encore les rameaux artériels nombreux qui s'anastomosent dans la glande et qui viennent des carotides externes? N'est-ce pas courir la chance de blesser le tronc innominé, ou l'artère carotide primitive? On peut d'autant mieux atteindre ces vaisseaux chez l'enfant, que, le col étant plus court, on a plus de chances de les rencontrer, sans porter très-bas l'incision des tissus qui recouvrent la trachée. »

Lorsqu'on a ouvert ce conduit, tous les dangers ne sont pas écartés; car, outre celui de l'hémorrhagie qui peut continuer, l'asphyxie est encore à craindre si une partie du sang s'engage dans la cavité aérienne. L'écartement des bords de la plaie trachéale et l'introduction de la canule

(1) *Gazette médicale*, 1844.

sont les seuls moyens d'arrêter l'hémorrhagie, mais ils sont très-difficiles à pratiquer promptement. Si l'ouverture de la trachée n'est pas assez étendue, l'élasticité de ses anneaux en rapproche les bords, et ni le doigt, ni le dilatateur ne peuvent s'y engager; et les difficultés sont encore augmentées par la mobilité incessante de la trachée dont on suit avec peine les déplacements au fond d'une plaie profonde. Enfin un dernier inconvénient signalé par M. Garin, et d'ailleurs assez généralement reconnu, est celui de fixer la canule au moyen de lacs entourant le cou et se nouant en arrière; si ces lacs sont serrés, ils compriment le cou et gênent la circulation dans les jugulaires; si on les serre moins pour éviter cette compression, ils n'assujettissent pas la canule solidement. En définitive, la trachéotomie, telle qu'on la pratique ordinairement, a sans doute l'avantage de conduire dans un point de la trachée plus convenable soit pour l'établissement de la canule, soit pour les manœuvres du traitement consécutif; mais cette opération n'y fait pénétrer qu'à travers des dangers presque inévitables.

Pour éviter ces inconvénients, dont les faits que nous avons observés nous ont fait sentir toute la gravité, M. Garin a proposé, 1° de remplacer la trachéotomie par la crico-trachéotomie; on attaque ainsi le conduit aérien dans un point où il est plus superficiel et dépourvu de vaisseaux considérables. Le cartilage cricoïde est très-souple et les bords de son incision très-faciles à écarter chez les enfants. Chez l'adulte on pourrait encore préférer la trachéotomie; 2° on peut, à l'aide d'un instrument particulier, pénétrer par ponction à travers la membrane thiro-cricoïdienne, inciser de dedans en dehors la trachée et les parties qui la recouvrent, seulement dans une étendue suffisante, et sans désemparer, dilater l'ouverture de la trachée pour y passer la canule; 3° enfin la canule peut être remplacée par une espèce de collier à griffe qui maintient l'ouverture trachéale béante.

Le trachéotome de M. Garin est une sorte de pince à ressort comme la pince à ligature ordinaire, mais dans laquelle on a substitué aux tiges qui saisissent le vaisseau, deux petites lames légèrement recourbées vers la pointe, dont l'une, un peu plus large que l'autre, est tranchante sur son bord concave. Quand cette pince est fermée, elle fait office de bistouri pour ouvrir la trachée; quand elle s'ouvre par l'échappement du ressort, elle écarte les lèvres de la trachée comme un dilatateur.

Le collier dilatateur est un arc de métal flexible qui embrasse le cou en arrière, et aux extrémités duquel sont attachés en avant, par l'intermédiaire d'une courroie, deux crochets plats et larges, qui, en tirant en sens opposé sur les bords de l'ouverture trachéale, permettent à l'air un libre passage. Ce collier a sur les canules l'avantage de ne point

diminuer le calibre déjà si étroit de la trachée chez les enfants, et de le laisser partout accessible aux moyens topiques du traitement ; de ne point se déplacer ni s'oblitérer, enfin de permettre au cou de se gonfler sans inconvénient dans les accès de suffocation.

Le procédé opératoire s'accomplit en trois temps : dans le premier, on fait pénétrer l'instrument dans la trachée à travers la peau et la membrane crico-thyroïdienne ; dans le second, on incise la peau et la trachée dans l'étendue de 15 millimètres, faisant glisser l'instrument de haut en bas sur le fond de l'organe, que le bord convexe des lames est incapable de blesser ; dans le troisième, on presse le ressort, dont l'échappement laisse les lames de l'instrument s'écarter et dilater l'incision trachéale. Enfin on établit les crochets et le collier dilatateur, l'on retire le trachéotome, et l'opération est terminée.

On ne saurait nier ce qu'il y a d'ingénieux dans le procédé et dans les instruments de M. Garin ; toutefois, la simplification extrême de l'opération nuit peut-être au résultat définitif qu'elle doit atteindre. Lorsque la ponction est faite et qu'on cherche à débrider la trachée avec les tissus qui la recouvrent, il est assez difficile de bien diriger l'instrument sur la ligne médiane de l'organe ; la peau, qui dans cette région est très-élastique et résistante, ne s'incise qu'avec peine et éprouve après l'incision un retrait qui diminue son ouverture et masque celle de la trachée. Le sang vient alors à flots sans qu'on puisse, malgré le dilatateur ouvert, introduire ni canule ni crochet. Ces difficultés viennent de ce que la trachée n'est pas assez largement mise à nu par l'incision insuffisante de la peau et des tissus sous-jacents. Alors l'hémorrhagie veineuse et l'asphyxie qui se produisent et s'entretiennent l'une par l'autre peuvent rapidement faire périr le malade.

Deux opérations infructueuses pratiquées suivant cette méthode, et sous les yeux de son auteur, ont démontré ces inconvénients qu'il s'est empressé d'avouer. C'est dans le seul but de les éviter que nous avons, de concert avec lui, fait de nouvelles expérimentations sur le cadavre. Nous avons pu nous assurer qu'il est très-facile et très-simple de pénétrer dans le canal aérien au moyen d'une sonde cannelée légèrement recourbée, et très-aiguë à son sommet, ayant une gorge étroite et suffisante pour loger la pointe d'un bistouri. Le cul-de-sac qui la limite en bas est reporté à deux lignes de son extrémité. C'est avec cet instrument que se pratique le premier temps de l'opération. On le fait pénétrer dans la trachée à travers la peau immédiatement au-dessus du cartilage cricoïde. L'issue de quelques bulles d'air apprend que la ponction est bien faite. La sonde rectrice établie dans l'organe qu'on doit ouvrir, on fait glisser dans sa cannelure un petit bistouri très-effilé avec lequel on fait

l'incision de la trachée et de la peau dans une étendue convenable. La peau, grâce à l'acuité du tranchant, est partagée sans peine, puis, le bistouri retiré, il est facile de faire glisser un dilatateur sur la sonde et de maintenir béante l'ouverture trachéale soit avec une canule, soit avec le collier dilatateur décrit plus haut.

On voit, comme nous le disait M. Garin, que c'est là une imitation de la taille périnéale, et certes, il est moins difficile de pénétrer dans la trachée que dans la vessie. Ce procédé m'a paru si simple, si facile, si sûr, que j'ai fait de nouveaux efforts pour le rendre aussi parfait que possible. L'inappréciable avantage qu'il présente, c'est qu'une fois la ponction faite, on a dans la trachée un instrument qui servira de guide infaillible, soit pour inciser ce canal, soit pour y introduire le dilatateur ou la canule, et qui ne doit en être retiré que lorsque le maintien de l'ouverture trachéale sera assuré, de même que dans la lithotomie on ne retire le cathéter que lorsqu'on est bien certain de n'en plus avoir besoin.

Ce procédé présente encore deux inconvénients évidents : le premier tient à l'extrémité acérée de la sonde, qui est nécessaire pour traverser la membrane crico-thyroïdienne, mais qui devient dangereuse une fois que l'instrument est dans la trachée, puisque par la moindre déviation il pourra heurter et blesser les parois latérales ou postérieures du conduit aérien.

On se garantira parfaitement de ce danger au moyen d'un instrument particulier que j'ai imaginé ; ce n'est autre chose qu'une espèce de trocart qui, au lieu d'être logé dans une canule, l'est dans une sonde cannelée un peu courbe, dont les bords s'avancent assez sur la concavité du mandrin pour le maintenir solidement. Sa fixité est encore assurée par une vis de pression surmontée d'un bouton et placée sur le milieu de la longueur de l'instrument. Celui-ci, tenu de la main droite comme une plume à écrire, est dirigé sur l'indicateur gauche placé sur la membrane crico-thyroïdienne, et pénètre à travers cette membrane dans la trachée : aussitôt qu'il y est arrivé, on détourne la vis de pression et l'on retire le mandrin ; la sonde reste seule alors dans la trachée, et son extrémité, qui est mousse, ne peut en aucune manière blesser la membrane muqueuse.

Le second inconvénient vient de la difficulté qu'on éprouve à inciser la peau de dedans en dehors dans une étendue suffisante. Nous avons déjà indiqué, à propos du premier procédé de M. Garin, le retrait des téguments, qui gêne le reste de l'opération. Il nous paraît donc indispensable, et d'ailleurs sans inconvénient, de faire préalablement l'incision de la peau avec le bistouri dans une étendue de trois centimètres

environ, à partir de l'intervalle crico-thyroïdien. Cette incision préliminaire étant faite, il sera encore plus facile de pratiquer la ponction.

Quant à la substitution du collier dilatateur aux canules, jusqu'ici adoptées par les chirurgiens, elle a évidemment l'avantage de soustraire le cou à la compression produite ordinairement par les lacs qui assujettissent la canule. Si, d'ailleurs, on trouvait quelque obstacle sérieux à écarter les bords de la plaie trachéale par le moyen des crochets du collier dilatateur, ou si l'on craignait que cet écartement ne fût pas assez solidement maintenu, on pourrait s'en tenir à la canule ordinaire.

Alors, au lieu de la fixer par des lacs qui feraient le tour du cou, on se servirait de l'arc métallique du collier de M. Garin. Les lacs étant attachés aux extrémités de cet arc, il y aurait un vide entre eux et les parties latérales du cou, celles précisément dont la compression doit être évitée.

Barrier.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LE VALÉRIANATE DE QUININE.

M. le docteur F. Devay vient de publier de nouvelles recherches sur le valérianate de quinine, médicament auquel il paraît accorder une très-grande confiance.

Ce sel, formé, d'après les analyses du prince de Canino, d'un équivalent d'acide valérianique, d'un équivalent de quinine et de deux équivalents d'eau (dont l'un constitue l'eau de cristallisation), a une forme cristalline très-variée ; il est en cristaux octaédriques ou hexaédriques : souvent il est aggloméré en masses soyeuses et assez légères ; dans les autres cas, ses cristaux sont durs et pesants.

Il a une légère odeur d'acide valérianique, et une saveur franchement amère qui rappelle celle du quinquina ; il est facilement dissous par l'eau à la température ordinaire; plus facilement encore par l'alcool, et, à l'aide d'une chaleur légère, il l'est également à l'huile d'olives. Il est décomposé par tous les acides minéraux et par la plupart des acides organiques. Exposé à l'action d'une température de 90 degrés centig. environ, il perd un équivalent d'eau; s'il est cristallisé, il se ramollit et fond comme une matière résineuse : après cette déshydratation, il est insoluble dans l'eau, mais, au contraire, très-soluble dans l'alcool. Soumis à une chaleur plus forte, il ne peut être privé de son dernier

équivalent d'eau, mais il se décompose, et on voit s'échapper de la masse des vapeurs d'acide valérianique mono-hydraté. A la température de l'eau bouillante, les dissolutions aqueuses de ce sel se décomposent de même, et l'on voit surnager à la surface du liquide des gouttes huileuses formées par le valérianate mono-hydraté.

Pour obtenir ce sel, on ajoute un léger excès d'acide valérianique à un soluté alcoolique concentré de quinine ; on étend le mélange de deux fois son volume d'eau distillée, et, après avoir agité exactement, on fait bouillir dans une étuve dont la température ne doit pas dépasser 50 degrés centig. A mesure que l'alcool s'évapore, le sel se manifeste sous la forme de beaux cristaux, tantôt isolés, tant groupés, dont le nombre et le volume augmentent chaque jour de plus en plus.

On peut aussi se procurer ce valérianate par voie de double décomposition, en employant le sulfate de quinine et le valérianate calcique ; mais ce second procédé n'est jamais aussi sûr que le premier pour les résultats qu'il fournit. Du reste, quel que soit le mode opératoire suivi, on ne doit pas perdre de vue que les solutions doivent toujours être évaporées très-lentement et à l'aide d'une légère chaleur, et qu'il ne faut séparer les cristaux des eaux mères que pour les faire sécher à l'air libre.

On reconnaît le valérianate de quinine aux caractères suivants :

1° Un soluté alcoolique concentré de ce sel précipite le soluté aqueux, neutre et concentré d'azotate argentique, et le précipité est soluble dans une grande quantité d'eau ;

2° Un soluté aqueux de ce valérianate ne précipite pas celui de chlorure de baryum ;

3° Ce soluté aqueux, chauffé jusqu'à l'ébullition, laisse séparer des gouttes oléagineuses de valérianate mono-hydraté fondu ;

4° Traité par les acides, ce même soluté laisse dégager de l'acide valérianique, facilement reconnaissable à son odeur.

Le valérianate de quinine étant susceptible de se décomposer très-facilement, il est indispensable de le donner sous la forme la plus simple ; aussi M. Devay l'administre-t-il ordinairement dans un soluté aqueux de gomme : 50 centigrammes de ce sel peuvent aisément se dissoudre dans 100 grammes de véhicule gommeux.

Un des avantages les plus grands du valérianate quinique, c'est de pouvoir se dissoudre dans l'huile, ce qui permet son application par la voie des frictions ; ainsi, 60 grammes d'huile d'olives peuvent facilement recevoir 1 gramme de valérianate.

Dans le traitement des névralgies, on peut le prescrire sous forme pilulaire, chaque pilule contenant 5 centigrammes de valérianate.

Suivant M. Devay, le valérianate de quinine est un antipériodique

qui l'emporte sur le sulfate de la même base, parce qu'il agit à dose moindre; de plus, en raison de sa propriété spécifique, il est appelé, dit ce praticien, à rendre des services signalés dans les fièvres de mauvais caractères ou typhoïdes.

SUR LA PRÉPARATION D'UN SAVON MERCURIEL.

Un pharmacien de Paris, M. Hébert, a fait connaître récemment la formule suivante pour la préparation d'un savon médicamenteux destiné au traitement de certaines formes d'affections cutanées.

PRENEZ :	Mercure coulant. . .	125 grammes.
	Acide azotique. . . .	125 grammes.

Mettez ces deux substances dans un matras de la contenance de 500 grammes, à la température de l'air ambiant, et agitez de temps en temps jusqu'à ce que la dissolution soit achevée.

Alors faites fondre au bain-marie, dans une capsule de porcelaine, 530 grammes de graisse de veau lavée, puis retirez du feu, et ajoutez la dissolution mercurielle, en ayant soin de remuer jusqu'à ce que le mélange ait acquis la consistance emplastique. Ensuite :

PRENEZ :	Pommade ci-dessus. . . .	160 grammes.
	Soude caustique à 36°. .	60 grammes.

Porphyrisez ces deux substances sur un marbre, avec une molette, jusqu'à ce que la combinaison soit parfaitement exacte et constitue un savon entièrement soluble dans l'eau.

D'après M. Hébert, ce savon serait prescrit avec succès par quelques médecins contre les affections cutanées qui ont leur siége à la face, aux avant-bras, aux mains.

Pour en faire usage, ou le passe à deux ou trois reprises sur les surfaces malades, que l'on a eu la précaution de mouiller légèrement à l'avance ; ou bien on le ramollit par l'addition d'une petite quantité d'eau, puis on l'étend à la manière d'une pommade.

Quelle que soit d'ailleurs la manière de s'en servir, il convient d'en suspendre momentanément les applications aussitôt qu'on voit se manifester quelque signé d'irritation locale.

PILULES CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE.

M. le docteur Bérenguier de Rabastens se loue beaucoup des pilules suivantes dans le traitement de l'incontinence d'urine.

PRENEZ : Oléo-résine de copahu. . . 3 grammes.
Peroxyde de fer.. . . . . 6 grammes.

M. et F. S. A. une masse parfaitement homogène, divisée en cent pilules bien égales.

On fait d'abord prendre au malade une de ces pilules à chaque repas ; puis, au bout de deux ou trois jours, on lui en fait prendre deux, et on continue ainsi, en augmentant graduellement, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à en donner dix par jour.

Pendant tout le temps que dure l'emploi de ces pilules, on met le malade à l'usage de la tisane de feuilles de noyer pour boisson ordinaire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR QUELQUES OBSERVATIONS AUTHENTIQUES DE LA RAGE HUMAINE.

Si les milliers d'observations que possède la science médicale sur la rage humaine avaient été recueillies aussi soigneusement que les suivantes, aujourd'hui, sans nul doute, il y aurait accord unanime et sur la matière, et sur le siége, et sur le traitement de cette affection morbide.

Ce n'est nullement dans mon intérêt, mais dans l'intérêt de la science, que je vous demande l'insertion de ces observations. Mon exemple sera suivi par tous nos confrères, soyez-en sûr. A l'avenir, quand ils voudront recueillir sur la rage humaine des observations valables et probantes à tout jamais, ils ne négligeront plus, comme on l'a fait jusqu'à présent, les circonstances commémoratives si importantes en pareil cas. Non contents de cela, ils feront certifier leurs observations par plusieurs témoins oculaires; de cette sorte, on aura satisfait au vœu de l'illustre Morgagni.

Quant à moi, j'ai deux raisons pour donner de grand cœur la préférence à votre excellent recueil pratique. La première, c'est que vous avez déjà publié un article de moi sur le sujet en litige depuis si longtemps; la seconde, c'est que je connais votre bonne foi scientifique, et que vous avez toujours applaudi à ces nobles paroles du professeur Baumes : « L'intérêt de la science exige que l'on consacre les doctrines

contradictoires; elles conduisent à de nouveaux examens et à découvrir la vérité. »

Obs. I. Le premier dimanche de carême (8 mars 1835), Marie-Delphine Ferret, de Villers-Saint-Frambourg, canton de Pont-Sainte-Maxence, arrondissement de Senlis (Oise), âgée de sept ans et demi, revenait de la boucherie, vers quatre heures après-midi, accompagnée de plusieurs enfants de son âge et tenant à la main un quarteron de graisse. Un chien inconnu, de taille moyenne, se précipita sur elle, s'empara de la graisse et se mit à la manger. Marie-Delphine, malgré sa peur excessive des chiens, voulut ressaisir ce qui lui avait été arraché; c'est alors qu'elle fut mordue à la partie antérieure de la jambe droite et à la joue du même côté par cet animal. Celui-ci fut aussitôt chassé du pays; il reçut même un coup de pied de la veuve Jeandin, sans chercher à la mordre. On l'eut bientôt perdu de vue et l'on n'en entendit plus parler dans la suite. Quelques instants auparavant il avait passé tranquillement tout près de M. Corbie, propriétaire et membre du conseil municipal. Ce monsieur m'a positivement assuré que ce chien ne lui avait rien offert d'extraordinaire.

Le lendemain de son accident, la petite Ferret fut amenée par sa mère chez le docteur Voillemier, de Senlis. Ce médecin, instruit de ce qui était arrivé, pensa que l'enfant n'avait rien à craindre et jugea la cautérisation inutile; il se contenta de prescrire une application de sangsues à la joue et des cataplasmes émollients pour la plaie de la jambe. La mère, peu satisfaite de cette consultation, fut avec sa fille à Gouvieux, près Chantilly; là, elle s'adressa à un garde-moulin, nommé Hubert. Cet homme, ainsi que l'un de ses ancêtres dont parle Andry, à la page 7 de l'*Histoire du traitement fait à Senlis, en* 1780, cet homme, qui se disait descendant de saint Hubert, assurait avoir la puissance de donner aux malades mordus par une bête enragée, un répit de cent et un ans... Le garde-moulin Hubert s'enferma dans une chambre avec la veuve Ferret et sa fille; ils se mirent tous trois à genoux, le garde-moulin marmotta des prières pendant une heure; puis, il congédia la mère, en lui jurant que son enfant était sauvée.

Trente et un jours après son accident, Marie-Delphine, douée d'une constitution nerveuse et d'une intelligence très-précoce, se portait bien; les plaies de la joue et de la jambe étaient en voie de bonne cicatrisation... Mais il va sans dire qu'à Villers comme partout, les habitants connaissent bien des histoires de rage, toutes fort peu rassurantes. On ne manqua pas d'en parler devant les compagnes de la petite blessée, qui s'empressèrent de les lui raconter. On se rappela sans peine, grâce aux anciens, que le 27 janvier 1780, vers sept heures et demie du matin, quatre femmes, un homme et un enfant de Villers-Saint-Frambourg même, avaient été mordus par un chien tué comme enragé à Villemétrie, faubourg de Senlis (leurs noms sont consignés à la page 3 de l'ouvrage d'Andry, déjà cité); que neuf autres individus de cette ville et du Plessis-Chamant avaient été également mordus par le même animal. La rumeur publique, qui se plaît à propager infatigablement les sottises humaines, soutient aujourd'hui encore, non-seulement à Senlis, mais dans toutes les communes environnantes, que quatre de ces blessés furent étouffés entre des matelas, dans les hôpitaux de cette ville. (Voir l'ouvrage d'Andry.)

Le surlendemain de tous ces récits malencontreux (vendredi 10 avril),

Delphine retournait tranquillement à sa maison, lorsqu'au détour d'une rue elle se trouva presque en face d'un chien très-sain, fuyant de toutes ses forces devant de petits garçons qui le poursuivaient et lui lançaient des pierres... La pauvre enfant fut saisie aussitôt d'une frayeur impossible à décrire; elle entra chez elle, pâle, toute tremblante, les traits complétement bouleversés. A dater de cette fatale rencontre, sa santé se dérangea notablement; sa raison s'altéra chaque jour davantage; ses nuits devinrent de plus en plus mauvaises, et les prodromes de l'hydrophobie ne tardèrent pas à se manifester. Enfin, le vendredi-saint, 17 avril, sur les dix heures du matin, Delphine fut visitée par M. le docteur Roboüam, de Rully (Oise); en présence de notre confrère, elle eut plusieurs accès rabiques parfaitement caractérisés. Le lendemain, à trois heures de relevée, malgré la continuation des accès, la malade fut mise de force dans une voiture; on l'y tint étroitement emmaillottée, et on l'amena à l'hôpital de la Charité de Senlis, qui refusa de la recevoir, faute d'une misérable pièce de vingt sous; on la ramena à Villers... Tous les médecins qui ont vu et soigné des enragés concevront aisément les effets d'un pareil voyage. Dans la soirée, les accès augmentèrent d'intensité; Delphine, regarrottée sur son lit, fut abandonnée de ses proches et confiée aux tristes soins de quatre manouvriers, moins intimidés que les autres. Cette pauvre enfant mourut au bout de quarante-huit heures, le jour suivant, 19, à deux heures et demie du matin, environ six semaines après son accident.

Pendant toute la durée de sa maladie, Marie-Delphine Ferret n'a pas cherché une seule fois à mordre, bien qu'on l'ait traitée avec dureté. Mais, comme tous les enragés, elle portait à chaque instant les mains à sa *gorge*, en indiquant que là était le *siége* de ses souffrances et qu'elle *suffoquait* au retour de chaque accès. Les plaies sont restées comme auparavant, très-bien cicatrisées : il n'est pas même survenu le moindre changement à celle de la jambe, dont la croûte très-sèche n'était pas encore tombée.

C'est en 1835 que cet événement se passait, à une lieue et demie de Senlis. Il eut nécessairement, comme tout sinistre, un retentissement immense dans nos contrées... Eh bien! l'année suivante, à cinquante-huit jours d'intervalle seulement, les communes de Fleurines et Saint-Léonard, toutes deux de notre arrondissement, comme Villers-Saint-Frambourg, vont être le théâtre de deux événements à peu pres semblables; l'un d'eux aura même lieu un an après environ, jour pour jour!

Obs. II. Le 21 février 1836, Virginie-Adèle Drouard, âgée de vingt et un ans, d'une constitution très-nerveuse, fille d'un charbonnier de la commune de Fleurines, canton de Pont-Sainte-Maxence, arrondissement de Senlis (Oise), sortait du bal avec son prétendu, entre neuf et dix heures du soir; au moment de rentrer, elle trouve un chien couché le long de la porte de la maison paternelle, et lui donne un coup de pied pour qu'il se retire; l'animal la mord aussitôt à plusieurs endroits du tiers antérieur du pied gauche, et principalement aux environs de l'une des malléoles. Les plaies furent faites à travers le bas; elles étaient profondes et saignèrent abondamment.

Le lendemain, lundi 22, entre six et sept heures de la matinée, Cadet Martin, âgé de treize ans passés, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'un naturel gai et affectueux, rencontra ce chien dans la cour de sa maison; comme l'animal était d'une haute et belle stature, l'enfant, qui aimait beau-

coup les chiens, fut enchanté do cette trouvaille; il se dirigea donc vers lui, le flatta, et, passant les deux premiers doigts de la main droite dans l'anneau du collier, il le mena droit à la niche du chien de la maison et le mit à l'attache. Une heure après, à huit heures, il le détacha et le fit entrer chez sa mère, la veuve Martin; il donna à ce chien un morceau de pain, qu'il mangea, et lui présenta de l'eau, qu'il but très-bien. L'animal se plaça ensuite devant le feu et y resta tranquillement, entre la mère et la grand'mère du petit Martin; mais, ayant aperçu un jeune chat dans l'un des coins du foyer, il se jeta sur lui et le houspilla fortement. Cadet Martin, qui affectionnait fort cette petite bête, se fâcha contre le chien; il le prit de nouveau par son collier pour le mettre à la porte, en le tirant à lui de toutes forces... C'est alors que cet enfant fut mordu à la partie externe, antérieure et postérieure du poignet droit. La morsure était légère et donna issue à quelque gouttes de sang.

Le chien, chassé de la maison, retourna dans la cour; il courut, en aboyant très-distinctement, sur deux chiens qui s'y trouvaient, et les bouscula sans peine; l'un de cos animaux était à la veuve Martin, et l'autre à son fils aîné. Avant cela, il avait déjà mordu, dit-on, un chat et un chien qui appartenaient aux parents d'Adèle Drouard. Aucune de ces morsures ne fut positivement constatée par les propriétaires de ces animaux.

A dater de ce moment, le bruit se répandit bientôt dans Fleurines que co chien était enragé, bien qu'il n'ait jamais offert un seul des symptômes pathognomoniques du mal rabien... On s'assembla, on s'inquiéta, et il fut bien vite décidé qu'il fallait, sans tarder, so défaire de cet animal; on ne songea pas seulement à réclamer l'avis d'un vétérinaire instruit, avis vraiment indispensable en pareille conjoncture. Une heure après, à neuf heures, ce chien fut tué par les nommés Alexandre Bonnet, garde-vente, et Auguste Gentil, tuilier, aidés de Cadet Martin et de quelques autres personnes du voisinage. La manière dont on se défit de cet animal, mérite vraiment d'être rapportée: Cadet Martin l'appela et le fit entrer dans la niche où il l'avait attaché deux heures auparavant; dès qu'il y fut, on ferma la porte que l'on entrebâilla ensuite; Cadet Martin rappela alors le chien, qui sortit sa tête; les assistants poussèrent aussitôt la porte avec vigueur, de sorte que le cou de cette bête se trouva serré entre celle-ci et le battant libre. C'est dans cette position qu'Alexandre Bonnet lui tira un coup de fusil; les autres personnes l'achevèrent ensuite à coups de pieu et de fourche... Un animal enragé se serait-il laissé occire avec tant de docilité?

Ainsi, voilà un chien, inconnu, il est vrai, qui a mangé et bu dans une maison, en présence de plusieurs personnes, sans les mordre; qui a très-distinctement aboyé; qui est resté vingt à vingt-quatre heures dans un pays que n'habitait point son maître; voilà ce chien tué comme très-positivement enragé... Quels sont les savants qui ont diagnostiqué que cet animal était réellement affecté de la rage? C'est un garde-vente, un tuilier, un enfant de quatorze ans; ce sont de braves villageois, aussi mauvais connaisseurs en affections rabiennes, sans aucun doute, qu'ils sont excellents travailleurs. Voyons maintenant ce qui va arriver aux deux personnes mordues.

Dès que le chien présumé enragé fut mort (lundi 22), le docteur Billecocq, de Pont-Sainte-Maxence, fut mandé pour savoir s'il ne serait pas opportun de cautériser les blessures faites à Virginie-Adèle Drouard dans la soirée de la veille. Mais cette jeune fille refusa de se laisser cautériser, assurant qu'elle n'avait rien à craindre et que le chien n'était pas enragé, puisqu'il avait

mangé du pain, bu de l'eau et aboyé devant les parents de Cadet Martin.

La famille Drouard et la veuve Martin, dont les chiens et le chat avaient été mordus, ou seulement bousculés, jugèrent à propos de tuer ces animaux, le lundi même, ou quelques jours après, sans attendre qu'aucun d'eux donnât signe de maladie... Dès lors Adèle fut excessivement tourmentée; cette pauvre jeune fille pouvait-elle avoir raison seule contre tous les habitants de sa commune, qui en vinrent bientôt à lui demander sans cesse, avec un air inquiet, des nouvelles de sa santé. Ces marques d'intérêt ne devaient-elles pas ajouter à son effroi, au lieu de le calmer? Aussi sa santé se délabrait-elle de jour en jour; son teint se fanait à vue d'œil. La malheureuse Adèle avait beau sourire, jouer l'indifférence, ou s'efforcer de paraître gaie; les plus clairvoyants lisaient sur sa physionomie qu'elle était en proie aux plus poignantes appréhensions... La nuit, elle dormait souvent d'un sommeil fort agité; quelquefois elle se réveillait en nage, après avoir eu des songes affreux, et surtout rêvé de l'animal qui l'avait mordue: preuves indubitables de sa frayeur, bien qu'elle ait toujours soutenu le contraire, sans doute afin de se rassurer elle-même dans un moment où tout le monde exagérait, sans le vouloir, les angoisses de cette infortunée!... Cependant, ses blessures se guérirent comme celles qui lui auraient été faites par le chien le plus sain; elle se plaignit seulement de ressentir, de fois à autre, des douleurs assez vives dans les parties lésées, principalement après une promenade ou un excercice quelque peu long.

Adèle, à peine guérie, se remit à danser comme auparavant... Le dimanche, 1er mai, jour de la Saint-Philippe, elle s'en donna à cœur-joie, sans avoir l'air de songer à rien... Le lendemain, elle se replaignit de son pied..: Un de ses frères lui fit alors observer qu'elle n'était pas raisonnable d'avoir tant dansé...

Le mardi, 3, dans l'après-midi, soixante-douze jours après ses blessures, Adèle accusa, pour la première fois, des *étouffements*, de la *suffocation*... Bientôt, il survint de violents accès de rage précédés de burlements qui s'entendaient au loin et glaçaient d'épouvante tous les assistants...

Dans les entr'accès, la malade remerciait des soins qu'on lui donnait, et demandait souvent à embrasser quelqu'un de ses parents. Une fois, cette affectueuse jeune fille manifesta le désir d'embrasser son pauvre père; au moment où cet excellent homme, fondant en larmes, allait se jeter dans les bras de son enfant, on le retint... Adèle en éprouva une telle contrariété qu'elle fut saisie à l'instant même d'un nouvel accès.

Dans la matinée du mercredi, 4, vers sept ou huit heures, le curé de Fleurines vint visiter la malade; à peine était-il entré qu'il se sauva avec effroi. Adèle était alors dans le fort de son avant-dernier accès... Trois heures après, à onze heures et un quart, vingt ou vingt-deux heures après l'invasion de la maladie confirmée, Virginie-Adèle Drouard rendait le dernier soupir, après avoir joui jusqu'à l'agonie de l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

J'ignore au juste le traitement qui fut employé par MM. les docteurs Billecocq et Voillemier, de Senlis; on m'a seulement assuré que la malade avait été saignée plusieurs fois très-copieusement. Cette médication, si vantée aujourd'hui, après avoir été justement honnie jadis, produisit-elle quelque amendement dans l'intensité et la durée des accès? Je n'en sais rien. Toujours est-il qu'elle me semble n'avoir pas retardé d'une minute le moment fatal.

La morsure de Cadet Martin ne fut point cautérisée non plus, et se guérit très-bien à l'aide d'un pansement des plus simples; ce qui n'empêcha pas cet enfant d'être horriblement tracassé, d'éprouver des *étouffements;* de passer de fort mauvaises nuits, pendant lesquelles il faisait des rêves effrayants; de perdre l'appétit, de dépérir; de devenir pensif et taciturne, lui naguère si gai, tout en soutenant à sa mère alarmée qu'il n'avait rien et n'était en butte à aucun tourment moral. Cependant, ce tourment moral dont l'enfant refusait de convenir, n'en existait pas moins; il faisait des progrès sensibles à mesure qu'Adèle Drouard allait plus mal. Après la mort de cette jeune fille, la pénible position du petit Martin empira visiblement.

Le vendredi, 6 mai, deux jours après la fin tragique d'Adèle, la veuve Martin voyant son enfant de plus en plus triste, abattu, le conduisit à Pont-Sainte-Maxence, chez le nommé Stanislas Boursier, charron, établi dans le faubourg de cette ville.

A leur arrivée, Stanislas Boursier se hâta de préparer une omelette de quatre œufs frais, battus avec quelques gros de coquilles d'huîtres calcinées et pulvérisées; il fit cuire le tout dans une quantité suffisante d'huile de noix. Cadet Martin mangea les deux tiers de cette omelette sans pain et sans boire; il resta ensuite six heures sans prendre autre chose. Le tiers restant de l'omelette fut appliqué sur la plaie, dont la cicatrisation était parfaite.

Le dimanche et le mardi suivants (8 et 10 mai), même médication et pansements semblables au premier, toujours avec l'héroïque omelette.

Le mardi, avant de quitter Pont, la veuve Martin reçut de Stanislas Boursier un litre de vin blanc, contenant, comme l'omelette, une certaine dose de poudre de coquilles d'huîtres calcinées avec précaution. Il prescrivit de faire boire à l'enfant tous les matins à jeun, jusqu'à la fin du litre, un verre de ce vin, et de le laisser ensuite à la diète complète pendant six heures.

Cette médication, qui ne date pas d'hier, réussit à merveille, et fit le plus grand honneur dans notre contrée à la science du charron médical. Cadet Martin, se rassurant petit à petit, avait recouvré sa bonne santé première en moins de deux mois.

Cadet Martin a eu vingt-deux ans le 9 avril dernier (1844). Il est sous les drapeaux depuis un an, et sert dans le 2e régiment d'artillerie de marine, 8e compagnie. Ce qui suffit pour prouver que la constitution de ce jeune homme est plutôt solide que délicate...

Ce fait de rage paraîtra curieux, à plus d'un titre, à tous les médecins qui ont sérieusement étudié l'affection rabienne. Voici ce qu'ils remarqueront : 1° ***des blessures profondes faites à travers un bas, ayant beaucoup saigné***, ont amené une hydrophobie promptement mortelle; 2° ***une blessure légère***, infiniment plus dangereuse que les autres, dit-on, ***faite à nu***, n'a déterminé aucun accident grave. D'où peuvent provenir des résultats si divers? De la différence d'organisation des deux personnes mordues, et non d'aucune autre cause.

BELLANGER, D. M.
à Senlis (Oise).

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'OXYDE BLANC D'ANTIMOINE DANS LES PNEUMONIES.

Dans un article intéressant sur l'emploi des antimoniaux dans la pneumonie, publié dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVI, p. 256, M. le docteur Galiay s'exprime ainsi au sujet de l'oxyde blanc d'antimoine :

« Fidèlement préparé.... il n'est point inférieur aux propriétés curatives de l'émétique, et il n'a aucun de ses inconvénients, ne donnant pas lieu à des nausées ni aux vomissements, ne purgeant pas ou très-rarement et très-faiblement, etc. »

Il ajoute : « L'emploi de l'acide antimonique n'est nullement redoutable dans les pneumonies coexistant avec des gastrites, des anévrysmes internes, la grossesse, la constitution phthisique ou apoplectique, etc. »

C'est en se fondant sur son expérience personnelle et sur celle de plusieurs de ses collègues, que notre confrère déduit les corollaires qui précèdent. Loin de moi la pensée de révoquer en doute la sincérité de ses assertions ; mais comme les faits récents que j'ai observés sont loin d'être aussi concluants que ceux du médecin de Tarbes, je vais les exposer succinctement dans le but d'éclairer la question, dans le but surtout d'être utile à l'humanité, en mettant les praticiens à même d'être réservés dans l'usage d'un médicament qui, comme tous les agents thérapeutiques, compte sans doute des succès, mais qui peuvent être défavorablement compensés par des revers, ainsi que le prouvent les trois cas suivants :

Obs. I. La veuve L., âgée de soixante-dix ans, fut atteinte, dans les premiers jours du mois de mars dernier, d'une pleuro-pneumonie très-intense. Deux saignées brachiales, une forte application de sangsues et des boissons pectorales, amendèrent notablement les symptômes; mais, le septième jour, il restait de la matité, de l'engouement dans le poumon droit et de l'oppression. La langue était large, humide, il n'y avait aucun signe d'irritation dans les voies digestives. Les émissions sanguines ne pouvant plus être continuées, je crus l'occasion favorable pour l'emploi de l'oxyde blanc d'antimoine, dont je prescrivis 2 grammes dans 150 grammes d'une potion gommeuse à prendre d'heure en heure. Deux cuillerées seulement furent données; elles provoquèrent des nausées, des vomissements, de la gastralgie et plusieurs selles accompagnées de coliques vives. L'usage du médicament fut immédiatement cessé. On le remplaça par des boissons émulsionnées et des lavements émollients. Ces accidents n'eurent pas de suite, et la guérison fut complète le surlendemain.

Obs. II. Vers le milieu du mois de mai de cette année, j'ai eu occasion de voir, avec un confrère, une femme de la campagne, âgée de soixante-huit ans,

qui, depuis huit à dix jours, était traitée par des saignées générales et locales, pour une pleuro-pneumonie fort grave. Elle était, au moment de notre visite, presque sans fièvre; cependant le point de côté, qui était très-vif dans le principe, bien que très-affaibli, se faisait encore sentir à droite du thorax, où l'on remarquait une matité très-notable. Prescription : vésicatoire *loco dolenti*, sinapismes aux membres inférieurs. Le surlendemain pas d'amélioration, prostration très-grande, même état du côté de la poitrine. Toux avec expectoration rare; langue muqueuse, humide; aucune douleur abdominale. Looch blanc avec addition d'un gramme d'oxyde blanc d'antimoine, à donner par cuillerées toutes les deux heures, sans effet sensible; mais à la visite du lendemain, nous remarquâmes sur les gencives une exsudation crémeuse qui n'existait pas la veille. La muqueuse des joues et du voile du palais était le siége d'une inflammation couenneuse bien caractérisée; la langue s'était séchée; il y avait de la soif : état général plus grave que les jours précédents. Suppression du médicament; mort trois jours après.

Obs. III. Une pauvre femme sujette, depuis une couche laborieuse, à des tremblements nerveux, a éprouvé à la fin de juin une pleuro-pneumonie, combattue sans succès par les émissions sanguines. Le huitième jour, les symptômes s'étant considérablement aggravés, ne trouvant pas de contre-indication, j'ordonnai, en désespoir de cause, 2 grammes d'acide antimonique dans une potion gommée de 150 grammes, à prendre toutes les deux heures. Quatre à cinq cuillerées de ce mélange furent administrées dans la nuit; elles donnèrent lieu à plusieurs vomissements et évacuations alvines accompagnées de très-fortes coliques. Cependant l'effet fut nul quant à l'affection thoracique, et la malade succomba bientôt.

Réflexions. Il importe de constater tout d'abord la qualité du médicament employé; or, je me suis assuré de la manière la plus positive qu'il réunissait les conditions voulues; le pharmacien qui l'a fourni, et qui est digne de toute confiance, m'ayant affirmé qu'il avait préparé lui-même avec le plus grand soin et soumis à plusieurs lavages l'oxyde d'antimoine prescrit dans la première et la dernière observations; donc pas le moindre doute à cet égard.

Cependant l'effet a été le même dans les deux cas, c'est-à-dire que les vomissements, les déjections accompagnées de coliques, ont été assez violents pour obliger de cesser incontinent l'usage du médicament. Je ne parle pas ici de la deuxième observation, où l'effet a été nul; la dose, il est vrai, était moitié moins forte; aussi n'attribuai-je pas la phlogose bucco-pharyngienne signalée plus haut à l'action de l'oxyde d'antimoine, et je ne la compare pas non plus à celle que produit quelquefois le tartre stibié, accusant plutôt ici une prédisposition du sujet à l'affection pseudo-membraneuse que j'ai souvent rencontrée chez les vieillards des deux sexes dans nos contrées humides et froides, où elle est en quelque sorte endémique. Maintenant, comment se rendre compte de l'innocuité constante de l'emploi journalier que fait de cette

substance, dans des cas de ce genre, un médecin recommandable? Dira-t-on que nos exemples ont été mal choisis? Je ne prétends pas qu'il y ait identité complète, mais on admettra sans doute une grande analogie entre les cas cités, et j'affirme d'ailleurs que ce n'a été qu'après mûr examen, après avoir soigneusement constaté l'état sain des organes digestifs, que je me suis décidé à agir. Doit-on tenir compte de la différence des climats? Je ne sais. Quoi qu'il en soit, les résultats que jai obtenus étant diamétralement opposés à ceux qui se trouvent rapportés dans le mémoire précité, je crois pouvoir en conclure :

1° Que l'oxyde blanc d'antimoine, quelque parfaite que soit sa préparation, n'est pas exempt des inconvénients que l'on peut reprocher à l'émétique, puisque, comme ce médicament, il donne lieu à des nausées, à des vomissements, et qu'il purge assez fortement;

2° Que loin de prescrire avec sécurité cette préparation dans les pneumonies coexistant avec des gastrites, des anévrysmes, la grossesse, etc., il devra, au contraire, être rigoureusement proscrit dans tous ces cas;

3° Que dans les conditions les plus favorables l'oxyde blanc d'antimoine devra encore être administré avec circonspection, à dose graduée, par une main exercée et seulement dans des circonstances judicieusement déterminées.

Me sera-t-il permis d'ajouter ici en terminant, que, toutes choses égales d'ailleurs, chaque fois que j'aurai affaire à des pneumonies rebelles aux saignées, je donnerai encore la préférence au tartre stibié à haute dose, partageant complétement l'opinion émise à ce sujet dans ce journal par le savant professeur de Strasbourg, M. le docteur Forget, à savoir que : « Quand il s'agit d'une maladie aussi grave que la pneumonie, et qu'on possède un remède aussi excellent que l'émétique, il est insensé de courir après un autre! »

Lacroix, D. M.
à Orbec (Calvados).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet de l'hypocondrie, par J.-L. Brachet, *professeur à l'École de médecine de Lyon; ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine.*

L'hypocondrie, comme toutes les maladies dont le siége et la nature sont difficiles à préciser, a été l'objet d'un nombre prodigieux de re-

cherches et de travaux *ex professo* subissant tour à tour l'influence des écoles régnantes, qui toutes voulaient expliquer par leurs théories ses symptômes si insolites et si bizarres, elle n'était sortie de ces investigations ni moins obscure ni moins mystérieuse, et la part de la vérité et de l'erreur était très-difficile au milieu des contradictions accumulées par les systèmes les plus disparates et les plus opposés. Avec une telle anarchie, l'intervention de notre premier corps médical ne pouvait être plus opportune, puisqu'en mettant au concours l'histoire de l'hypocondrie, elle devait provoquer de nouvelles discussions et partant de nouvelles lumières. En considérant comme non avenues les richesses laissées par nos devanciers sur ce sujet, dont plusieurs avaient été amassées avec un certain succès par quelques-uns même de ses membres, l'Académie avait droit de se montrer exigeante. Physiologiste distingué, praticien habile, écrivain élégant, érudit et familiarisé avec les luttes académiques, M. Brachet devait, à tous ces titres, se présenter honorablement dans l'arène et réunir tous les suffrages. Nous allons faire voir comment il a compris et traité la question.

Le sujet proposé était l'*Histoire physiologique et pathologique de l'hypocondrie*. Ce cadre embrassait nécessairement toute l'histoire de cette maladie, car, en dehors de la physiologie et de la pathologie, il nous serait impossible de dire ce qu'on pourrait retrancher sans nuire à l'exactitude de la description, et sans la priver de corollaires importants. Nous ne savons si tel était le programme de l'Académie ; mais nous sommes heureux que M. Brachet l'ait accepté dans toute son étendue, car nous y avons gagné une monographie extrêmement complète.

Le livre du professeur de Lyon est divisé en quatre parties. La première est consacrée à l'exposition d'un certain nombre de faits bien choisis, véritables types qui préparent et guideront l'intelligence du lecteur à travers toutes les théories qui vont suivre. Dans la deuxième partie se trouve l'histoire physiologique de l'hypocondrie, précédée par l'énumération et la critique des systèmes que les médecins de tous les temps ont imaginés pour se rendre compte de ses phénomènes. Cette discussion est remarquable de clarté, de logique, et, ce qui est plus rare, d'urbanité. Loin de juger avec la même amertume que certains écrivains les ouvrages qui ont précédé le sien, il démontre avec raison que chacun de ces auteurs a bien vu ce qu'il a décrit, mais que son esprit, entraîné par la direction de ses études et par les doctrines en vogue, en a reçu une influence telle qu'il s'est identifié avec elles. Après avoir rendu justice à ses prédécesseurs, M. Brachet fait table rase de leurs théories exclusives, et, avant de leur en substituer une plus conforme à l'observation, il entre dans quelques considérations sur le rôle important que

jouent le cerveau et les nerfs. Nous devons signaler dans ce chapitre des pages éloquentes sur l'existence et les attributs de l'âme, sur les devoirs de l'homme et sur sa destinée, sur l'éducation et sur l'influence du sexe et des maladies pour la production de l'hypocondrie. Cette digression d'une haute importance est suivie de l'analyse physiologique de la maladie d'après les observations de l'auteur et quelques-unes de celles qui existent dans le domaine de la science. Il en résulte pour M. Brachet que dans l'hypocondrie il y a trois ordres de phénomènes. Les uns appartiennent à l'intelligence et à l'imagination; les seconds sont des phénomènes nerveux proprement dits, et appartiennent au système nerveux cérébral; les troisièmes comprennent les actes de la vie organique. Le siége de l'hypocondrie ne peut par conséquent être unique, puisque le cerveau, le système nerveux cérébral et rachidien sont compromis en même temps; et suivant que, dans cette association, l'un des appareils est plus en évidence que les autres, il concentre sur lui tous les phénomènes de la maladie. M. Brachet n'est pas aussi explicite pour déterminer la nature de l'hypocondrie; il se contente de dire qu'elle consiste dans une ataxie des fonctions. Cette manière de voir est vague et laisse beaucoup à désirer. Il est vrai de dire que ce n'est qu'après beaucoup d'hésitation qu'il hasarde cette assertion, qui décèle peut-être un peu trop de défiance envers l'anatomie pathologique.

La troisième partie du *Traité complet de l'hypocondrie* contient l'histoire des causes, des symptômes, de la marche, de la terminaison, du diagnostic et du pronostic. Cette description a été très-bien faite par les historiens de cette maladie, et M. Brachet ne diffère d'eux que par plus de lucidité dans l'exposition et plus de profondeur dans la discussion. La quatrième partie, occupée tout entière par le traitement, renferme près de 300 pages. Nous devons des remerciements d'autant plus sincères à l'auteur pour la manière dont il a traité cette partie, que de nos jours la thérapeutique est quelque peu délaissée. Cette dernière partie n'avait pu être achevée en même temps que les autres, en sorte que l'œuvre de M. Brachet a été couronnée, tout incomplète qu'elle était. Il faut lui savoir gré de n'avoir pas voulu la publier telle qu'elle était sortie de la lutte, et nous sommes convaincus que le public médical complétera la sanction de l'Académie.

De la puberté et de l'âge critique chez la femme, et de la perte périodique chez la femme et les mammifères, par M. A. Raciborski. 1 vol. in-12.

Le livre que nous allons analyser traite particulièrement de la mens-

truation et de la reproduction de l'espèce; la menstruation appartient, il faut l'avouer, à cet ordre de questions de physiologie qui ont été le moins étudiées jusqu'à présent; les livres les plus récemment publiés sur cette matière ne sont, en quelque sorte, que l'amplification des idées émises par Pline, Aristote, Freind, etc.; j'en excepterai cependant le travail remarquable de M. Brière de Boismont, que l'Académie a jugé digne d'être couronné.

La reproduction de l'espèce, laissée longtemps en arrière de toutes les autres questions de physiologie, est devenue au contraire, depuis quelques années, l'objet de la sollicitude particulière des savants, elle nous a valu une foule de travaux des plus remarquables.

Le système d'œufs, établi d'abord par Malpighi, combattu plus tard par Vallisneri, Buffon, Haller, et aujourd'hui de nouveau érigé en principe, constitue un des faits les mieux démontrés dans la parturition de toutes les femelles des mammifères. Les travaux publiés par Baer, Wagner, Coste, Valentin, Purkiuje, etc., firent rentrer les mammifères dans la loi générale qui régit tous les êtres vivants, et confirmèrent pleinement la loi de Harvey : *Omne vivum ex ovo*.

M. Raciborski a cherché à rendre cette analogie encore plus frappante, en démontrant que chez les mammifères il existe une fonction analogue à celle que nous connaissons sous le nom de *ponte* chez les ovipares. Cette fonction s'exerce à certaines époques que l'auteur désigne, dans quelques espèces, sous le nom de rut. Chez la femme, elle s'exercerait aux époques des règles. Toutefois l'intervalle compris entre les époques servirait déjà à la préparer; pendant tout ce temps, les follicules de Graaf et leur contenu éprouveraient des changements remarquables tendant à amener l'ovule à sa maturité, et une fois qu'il est arrivé à ce degré, l'ovule n'attendrait plus aucune impulsion extérieure, presque toujours les parois des follicules de Graaf se rompraient spontanément pour lui fournir une issue.

Le dernier degré de l'évolution des follicules de Graaf serait accompagné, chez toutes les femelles, de caractères fondamentaux.

Au dehors on peut ne trouver autre chose qu'un peu de gonflement des organes extérieurs, seul ou accompagné d'un léger suintement plus ou moins sanguinolent; dans d'autres espèces, se présentant accompagné d'une hémorrhagie plus ou moins abondante.

Mais, d'après les nombreuses recherches de M. Raciborski, tous ces caractères ne constitueraient que des éléments secondaires et plus ou moins accessoires d'une fonction qui serait au fond la même chez toutes les femelles des mammifères, et qui consisterait toujours dans la turgescence des follicules de Graaf, suivie plus tard de leur rupture spon-

tanée, et de l'évacuation du contenu. Ce ne serait alors qu'après son évacuation que l'ovule pourrait être fécondé. Jusqu'à ce moment, les approches du mâle ne pourraient pas féconder les ovules encore contenus dans les vésicules de Graaf. Cependant, M. Raciborski admet que le coït peut accélérer la maturité de ces ovules. Cet ordre dans le développement des follicules de Graaf, et d'autre part la maturité des ovules étant jugés comme une condition indispensable de la fécondation, M. Raciborski conclut que les femelles ne peuvent contribuer à l'œuvre de la reproduction qu'aux époques du plus haut degré de développement des follicules, désignées, dans certaines espèces animales, sous le nom de rut. Chez la femme, la conception ne serait possible, d'après l'auteur, que lorsque les rapports sexuels auraient lieu de l'avant-dernier jour avant les règles jusqu'au dixième après. Quant à l'ovule qui s'est rendu dans la matrice sans être fécondé, il passe en dissolution.

On a proposé une foule de théories pour expliquer l'évacuation périodique des femmes; pour les uns, c'était l'excédant du sang que la nature réservait dans l'utérus pour servir à la nutrition du produit; pour d'autres, les organes sexuels étaient une sorte d'égout par où devaient s'écouler, avec le sang menstruel, les éléments nuisibles à l'économie.

Suivant M. Raciborski, l'hémorrhagie menstruelle ne serait autre chose qu'une terminaison critique de la congestion qui accompagne le plus haut degré de développement des follicules de Graaf, et tout porte à croire qu'elle coïnciderait avec l'hémorrhagie qui se fait à l'intérieur de la vésicule, quelques jours avant la ponte.

Enfin, quant à la superfétation qui se rattache si intimement à ces questions, M. Raciborski en nie la possibilité, parce qu'elle attaquerait directement le principe qui domine la génération de tous les êtres, d'après lequel, partout et toujours, la ponte précède la fécondation de l'ovule, et la maturité des ovules précède la ponte. Ainsi, une fois qu'un des œufs parvenus à maturité est fécondé, quel que soit le point occupé par le fœtus, le développement des follicules de Graaf serait arrêté, la nature ne chercherait plus à les faire avancer vers leur maturité, et par conséquont, leur fécondation serait impossible.

M. Raciborski termine en rejetant l'opinion de Haller et celle de MM. Paterson, Jones et Montgomery et de M. Négrier, sur la nature du corps jaune, qui ne serait, selon lui, que le résultat de la rupture d'un follicule de Graaf, qu'il y ait eu ou non conception. En résumé, les recherches si intéressantes, auxquelles s'est livré M. Raciborski, sont déjà confirmées en partie par les remarquables travaux de M. Bischoff, par ceux de MM. Duvernoy, de l'Institut, Pouget, professeur au Muséum de Rouen, et Négrier. Espérons que bientôt l'expérience journalière

nous permettra de nous prononcer sur des faits aussi dignes de fixer l'attention.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Persistance de la vie chez le fœtus pendant une heure après la perforation du crâne et la destruction d'une partie du cerveau. — Il vient de se présenter à la clinique d'accouchements de Paris un fait des plus remarquables. Chez une femme en travail, dont le bassin était notablement rétréci, on a été obligé de pratiquer la perforation du crâne; la masse cérébrale a été délayée avec les ciseaux de Smellie ; une injection considérable a été poussée dans la boîte du crâne, et a entraîné une grande partie de la masse encéphalique ; et cependant après l'extraction de l'enfant, un douloureux spectacle est venu affliger les assistants. Le fœtus, ainsi mutilé, a fait quelques mouvements, puis quelques efforts d'inspirations se sont manifestés ; enfin le cœur battait d'une manière sensible. Pendant douze minutes des inspirations se sont succédé avec rapidité, puis elles sont devenues plus rares, ainsi que les battements du cœur, et la mort est arrivée enfin une heure et quelques minutes après la naissance.

Ce fait est d'autant plus remarquable, qu'à l'ouverture du cadavre on a trouvé que tout l'hémisphère gauche avait été enlevé, et que le droit était par places réduit en bouillie. Le cervelet seul et la protubérance étaient restés intacts.

La docimasie pulmonaire témoigne que la respiration s'est établie dans toute l'étendue des poumons.

Sous le point de vue de la médecine légale, ce fait, tout exceptionnel, a une grande importance.

Ainsi, le cadavre d'un enfant est représenté à la justice, le crâne est perforé, une partie de la masse encéphalique enlevée, et cependant les poumons surnagent et laissent échapper, quand on les presse, une grande quantité de bulles d'air ; l'enfant a respiré, donc il y a eu infanticide, le crâne n'a été perforé qu'après la naissance. Evidemment, avant que ce fait se fût présenté à notre observation, quel est le médecin légiste qui ne se serait pas prononcé pour la culpabilité? Comment, en effet, aurait-il pu admettre la persistance de la vie après des désordres semblables ?

Quant aux enseignements que l'art peut tirer de cette observation, ils sont nuls. Seulement, elle trace à l'avenir la conduite que le médecin

devra tenir dans un cas semblable pour éviter la reproduction d'un spectacle aussi douloureux. Cette conduite consisterait à ne jamais pratiquer la perforation du crâne sur l'enfant vivant, sans appliquer immédiatement après le céphalotribe, afin de broyer complétement la tête.

Inertie de la vessie avec rétention d'urine guérie par l'emploi du seigle ergoté. — Pendant longtemps on a cru que la propriété dont jouit le seigle ergoté d'exciter la contractilité musculaire s'appliquait d'une manière exclusive à l'utérus frappé d'inertie. Un des premiers, nous avons, dans ce journal, publié une série d'observations qui démontrèrent que l'action de ce médicament ne se bornait pas à cet organe seulement, et que son utilité pratique reposait sur une base beaucoup plus large. Nos lecteurs se rappelleront sans doute que dans une première note, insérée à la page 267 du t. XIII, nous avons signalé les bons effets de l'administration de l'ergot de seigle dans le traitement de la paraplégie; que, plus tard, un excellent article de M. le docteur Payan, sur le même sujet, est venu consacrer par des faits authentiques l'efficacité de ce médicament (voir le tome XVI, page 341); et qu'enfin, un article de M. Guersant fils, inséré dans le tome XVI, page 88, prouva qu'on pouvait tirer un parti précieux de l'emploi du seigle ergoté chez les vieillards, dans le but de provoquer la contraction de la vessie qui est si souvent frappée d'atonie. Ce chirurgien s'en servit pour déterminer l'expulsion des fragments de calcul après la lithotritie.

A ces données fort concluantes, nous ajouterons aujourd'hui un fait non moins intéressant, communiqué par notre honorable confrère, M. le docteur Duhamel.

Mme M..., à une époque encore peu avancée de grossesse, à laquelle la persistance des règles l'empêchait de croire, fit appeler son médecin, parce qu'elle sentait une tumeur douloureuse dans la région hypogastrique et qu'elle avait de la peine à uriner. On constata l'exactitude du dire de la malade, qui parut avoir une distension considérable de la vessie par l'urine qui ne coulait que par regorgement. M. Duhamel sonda la malade et retira de la vessie trois à quatre litres d'une urine claire et sans odeur. Pendant trois jours il se borna à vider la vessie toutes les vingt-quatre heures, dans l'espoir que cet organe reprendrait sa contractilité; mais cet espoir étant déçu, il fit appliquer sur la région hypogastrique un très-large vésicatoire, suivi de deux autres également très-larges, appliqués à la partie interne et supérieure de chaque cuisse : il n'obtint aucune amélioration. C'est alors que, se rappelant le travail de M. Guersant fils, dont nous parlions tout à l'heure, il administra

l'ergot à la dose de 2 grammes par jour; n'obtenant pas de résultat, il doubla la dose, et eut la satisfaction de voir la malade rendre d'abord à peu près un quart de la quantité d'urine qu'il retirait chaque jour de la vessie; le lendemain, plus de la moitié; le troisième jour, les trois quarts, et enfin le quatrième jour il ne fut plus besoin de pratiquer le cathétérisme, car la vessie était vide.

M. Duhamel fait remarquer que la première fois que l'urine fut expulsée par la vessie, elle n'a pu l'être que la malade étant couchée. Actuellement, et depuis quinze jours à peu près, la femme urine à volonté et dans toutes les positions. L'urine, qui avait pris quelques jours après le cathétérisme une couleur louche et une odeur fétide, comme il arrive à l'urine des personnes atteintes de catarrhe vésical, a repris toutes ses qualités naturelles.

L'action du seigle ergoté sur l'appareil musculaire de la vessie n'est donc plus contestable. Des faits émanant d'observations éclairées la rendent on ne peut plus évidente : ce sera désormais une vérité thérapeutique, d'autant plus précieuse, qu'elle permettra de ne plus recourir, aussi exclusivement qu'on l'avait fait jusqu'à présent, aux préparations cantharidées, agent thérapeutique qui n'est pas exempt d'inconvénients, ainsi que chacun a pu s'en convaincre. A cette occasion, nous rappellerons que dernièrement un de nos confrères, M. Morel Lavallée, a fait connaître un danger des vésicatoires qui n'avait pas encore été signalé, celui de déterminer à l'intérieur de la vessie la formation de concrétions pseudo-membraneuses, ce qui suppose un certain degré de phlogose de cet organe. Ce médecin a présenté à l'Institut de véritables fausses membranes, que les malades avaient rendues avec les urines.

Du traitement de l'entorse. — A l'occasion d'un malade couché au n° 3 de la salle Saint-Antoine, à la Pitié, et affecté d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne, M. Lisfranc a fait remarquer la divergence d'opinions qui règne entre les chirurgiens par rapport au traitement de cette maladie, dont la gravité est si généralement admise, que parmi les gens du monde eux-mêmes, il est convenu qu'il vaut mieux souvent avoir une fracture qu'une entorse. Des deux modes thérapeutiques préconisés et mis en usage contre l'entorse, l'un se compose des astringents et des répercussifs exclusivement, l'autre combine ces moyens avec les antiphlogistiques et les émollients qui doivent les précéder ; c'est le traitement enseigné par M. Lisfranc. Il fait observer avec raison que l'immersion prolongée du membre dans l'eau froide peut avoir des incon-

vénients graves chez les personnes sujettes aux congestions pulmonaires et cérébrales, chez celles qui s'enrhument aisément et qui ont une disposition marquée à la phthisie. Il rappelle, en outre, que l'expérience a démontré qu'une inflammation en voie d'accroissement considérable augmente presque toujours sous l'influence des résolutifs et des répercussifs. Or, il est rare que le médecin soit appelé dans les premiers moments qui suivent l'accident; c'est presque toujours plusieurs heures plus tard, lorsque déjà les phénomènes inflammatoires sont fort développés; or, en ce moment, les réfrigérants pourraient être aussi nuisibles qu'ils auraient été avantageux une heure, par exemple, après l'entorse. C'est sur ces indications que M. Lisfranc a coutume de régler sa conduite : il admet ainsi comme utile et efficace le principe de la répercussion, pourvu qu'on l'applique en temps opportun. Quant aux antiphlogistiques, pour qu'ils soient avantageux, ils veulent être dirigés de la manière suivante : la saignée du bras doit être faite dans le double but de combattre l'inflammation et de favoriser la résorption des fluides épanchés; la saignée est préférable aux sangsues, la déplétion prompte du système veineux rendant plus énergique l'absorption, ainsi que l'a démontré M. Magendie par ses expériences physiologiques; il convient de proportionner les émissions sanguines à la force du sujet, et à la manière dont sa constitution réagit contre elles. M. Lisfranc fait pratiquer ordinairement une saignée de 360 grammes; le soir du même jour, si le pouls se soutient, il en prescrit une seconde de 240 grammes : peu abondantes, et pouvant par là même être plusieurs fois répétées, ces saignées ont une action révulsive des plus efficaces. L'articulation malade doit être enveloppée de larges cataplasmes laudanisés. Lorsqu'on traite ainsi l'engorgement inflammatoire de l'entorse, on le voit diminuer rapidement en deux ou trois jours; il ne reste bientôt plus que de l'œdème; cet œdème, avec l'absence de douleur, indique qu'il faut cesser les cataplasmes et les antiphlogistiques, et les remplacer par les résolutifs et la compression. En procédant ainsi, M. Lisfranc assure qu'en six ou huit jours l'articulation reprend à peu près son volume ordinaire; il faut néanmoins continuer le traitement, et ne pas permettre aux malades de marcher avant vingt ou vingt-cinq jours.

Tumeur hydatiforme du poignet traitée avec succès par l'injection iodée et la compression. — L'observation suivante, prise sur un malade du service de M. Velpeau, nous offre une de ces tumeurs si bien décrites par Dupuytren sous le nom de ***tumeur en bissac***, et dont le pronostic a toujours été regardé comme très-grave en raison des acci-

dents inflammatoires que l'opération peut y développer. Plusieurs chirurgiens ont proposé de traiter ces tumeurs par l'incision sous-cutanée du kyste qui les constitue. M. Velpeau, depuis longtemps déjà, leur applique la méthode qu'il a si ardemment préconisée, c'est-à-dire la ponction suivie de l'injection iodée. Voici le fait : une fille de dix-huit ans entra le 6 mars dernier à l'hôpital de la Charité, où elle se présenta dans l'état suivant : l'avant-bras et la main du côté gauche sont le siége d'une tumeur multiloculaire que le ligament annulaire du carpe divise en deux parties distinctes ; point de changement de couleur à la peau, ni chaleur, ni douleur. Ces tumeurs sont fluctuantes, à base large, et soulèvent les tendons du grand et petit palmaire, qui, à leur tour, divisent la tumeur supérieure ou antibrachiale en deux autres, l'une interne, l'autre externe. La tumeur supérieure paraît occuper la gaîne des tendons fléchisseurs. Elle communique au-dessous du ligament précarpien avec la tumeur inférieure ou palmaire : celle-ci efface le creux de la paume de la main et s'étend jusque un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. Elle est elle-même divisée en deux parties ; l'une, interne, se porte vers l'éminence hypothénar dont elle soulève les muscles ; l'externe refoule en dehors le pouce dont elle gêne les mouvements. L'extension, et surtout la flexion des autres doigts est également fort gênée : en pressant sur l'une ou l'autre de ces tumeurs, on sent une crépitation particulière comme celle que produiraient des grains fuyant sous les doigts. Ajoutons que la maladie a débuté il y a onze ans, à la suite d'une chute sur le poignet, et qu'il y a quatre ans environ qu'un médecin de son pays pratiqua à la partie interne de la plus élevée des tumeurs, une incision qui donna issue à une cuillerée de petits grains blanc jaunâtre, que la malade compare à de l'orge perlé. Le 11 mars, M. le professeur Velpeau pratiqua une ponction avec un trocart à hydrocèle, sur le point le plus saillant ; par la pression il sortit à peu près un demi-verre de grains jaunâtres, semblables à du riz. Ces petits grains sont autant de petits kystes renfermant une matière gélatiniforme. Une injection iodée est faite par la canule du trocart. Le 12, le malade a souffert pendant la nuit, insomnie. La tumeur, qui a repris son volume ordinaire, est douloureuse ; les doigts sont fléchis et ne peuvent être étendus sans de vives douleurs. *Compresses d'eau blanche, repos.* Les 13 et 14, douleurs plus vives, élancements ; la tumeur s'est encore accrue, son volume est plus considérable qu'avant l'injection ; elle est rouge. Les jours suivants le volume diminue. Le 30 mars, on remarque que les tumeurs durcissent, celle de la main ne communique plus avec celle de l'avant-bras ; la bosselure occupant l'éminence thénar a également cessé de communiquer avec celle de l'éminence hypothénar. Cette der-

nière est encore fluctuante, mais sans crépitation : *frictions avec l'onguent mercuriel*. On fait alterner ces frictions avec la compression exercée sur toutes ces tumeurs à l'aide de bandelettes de diachylon.

Le 9 mai, la malade sort dans l'état suivant : il ne reste sur le carpe qu'une très-petite grosseur appartenant à l'aponévrose ; à la main les tissus sont un peu empâtés ; l'éminence thénar est le siége d'une bosselure petite, dure et compacte ; les mouvements de flexion sont faciles.

Luxation incomplète de la base du troisième os du métacarpe en arrière. — Les cas de luxation observés entre les os du métacarpe et ceux du carpe sont tous le résultat d'un écrasement de la main produit par une violence extérieure, et ils se compliquent alors d'une plaie profonde des parties molles de la main : Astley Cooper n'a jamais vu ces os luxés que par les éclats d'un fusil qui avait crevé dans les mains, aussi le désordre est tel que l'amputation est indispensable : le fait suivant appartient à un ordre de lésion beaucoup plus simple ; comme il est rare de l'observer, il convient de ne pas le laisser perdre pour la pratique.

Le nommé Pallier, âgé de vingt-quatre ans, robuste, fit une chute le 7 octobre dernier, sur un trottoir glissant ; pour se retenir il porte le bras gauche en dehors, et la main correspondante, fermée sur un rouleau de papier qu'elle tient, heurte une borne : au moment même la douleur fut légère ; les doigts pourtant manquent de force, le médius principalement, qui refuse d'obéir aux fléchisseurs ; quelques heures plus tard, la main devient brûlante, s'alourdit et se tuméfie : il entre alors à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, dans le service de M. Blandin. Pour toute lésion extérieure apparente, il existe une ecchymose à la face dorsale de la première phalange du médius ; de plus, on remarque un craquement qui simule la crépitation et fait croire à l'existence d'une fracture du troisième métacarpien.

On pensa à appliquer un appareil fort simple, consistant en deux attelles, deux compresses graduées et une bande ; mais auparavant on chercha à combattre l'inflammation par des cataplasmes et des bains émollients. Après quatre jours de ce traitement, le gonflement ayant disparu, on a pu rectifier ce qu'avait d'erroné le diagnostic : en effet, on remarque que la base du métacarpien fait un relief sous la peau qu'elle soulève ; l'œil apprécie à distance la déformation articulaire : en outre, la mobilité de cette articulation, dont le jeu est si obscur à l'état normal, montre bien que les ligaments qui la retiennent ont été déchirés, d'où il est résulté un *diastasis forcé*, ou une luxation incomplète et même à un degré très-avancé. La réduction a été opérée par une pression exercée

sur l'articulation elle-même, et l'appareil pour la fracture a été appliqué comme moyen contentif.

Sur la pourriture d'hôpital et son traitement par le jus de citrons et le chlore. Guérison. — S'il est des hôpitaux dans Paris où l'on observe trop souvent la pourriture d'hôpital (l'hôpital Saint-Louis est de ce nombre), et où l'on peut remonter à la cause qui produit cette grave complicatiou, il est difficile, dans d'autres circonstances, de préciser à quelle influence elle doit son apparition, aujourd'hui que des améliorations hygiéniques ont rendu cet accident de plus en plus rare. A l'hôpital Saint-Louis, on sait que toutes les fois que les émanations de Montfaucon sont portées par le vent dans cet établissement, la pourriture d'hôpital apparaît; mais dans les établissements centraux, autant elle était commune autrefois, autant elle est rare de nos jours.

En voici cependant un exemple récemment observé au nº 46 de la salle Sainte-Marthe à l'Hôtel-Dieu, service de M. Roux, sur un malade affecté d'une plaie chronique fistuleuse à la jambe gauche, venue à la suite d'un abcès on ne sait pas comment ; car le malade entra à l'hôpital avec la fistule. Il était en traitement, lorsqu'il présenta tout à coup un accident sur lequel M. Roux appela l'attention.

A son entrée, la plaie était en partie couverte d'un morceau de peau dénudée et amincie ; on l'enleva et on fit d'abord un pansement simple. Au bout de quelques jours de ce traitement, on vit la plaie prendre un mauvais aspect, et présenter une couche pseudo-membraneuse d'une couleur grisâtre, avec une grande sensibilité. M. Roux n'hésita pas à croire que c'était là un exemple de pourriture d'hôpital, et il le traita par le jus de citron exprimé sur la plaie elle-même, qu'on couvrit ensuite avec de la charpie imbibée de chlore. Ces moyens ont réussi complétement. Au bout de trois ou quatre jours de leur emploi, la plaie s'est nettoyé, elle a changée entièrement d'aspect, elle est devenu rose et couverte de bourgeons charnus de bonne nature. — Le traitement par le jus de citron a été surtout préconisé par M. Jobert de Lamballe, à qui il paraît avoir rendu de grands services. Ici on y a associé le chlore, il est vrai, et cette association paraît fort rationnelle.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*Débridement de l'orifice utérin pendant le travail de l'*). Il peut se présenter, dans la pratique des accouchements, des cas d'une gravité extrême, où la lenteur de la dilatation du col, qui n'eût point été ailleurs compromettante, prolonge la durée d'accidents mortels pour le fœtus ou pour la mère, sinon pour tous deux à la fois : ainsi dans l'éclampsie, rien n'est plus désirable que la prompte déplétion de l'utérus. Or, quand à un certain degré de dilatation, la tête appuyant sur l'orifice, on peut espérer que la dilatation, portée tout de suite un peu plus loin, permettra l'application du forceps, un débridement fait avec prudence est quelquefois le seul moyen de salut pour l'enfant. M. le professeur Dubois en a sauvé ainsi dont la mort eût été autrement certaine. Cette conduite a trouvé dans M. le docteur Hubert un heureux imitateur. *Obs.*— Une fille de 19 ans, très-robuste, primipare, dont les pieds étaient infiltrés, la face et les mains bouffies, fut prise quelques heures après le début du travail, vers onze heures du soir, le 4 avril, de convulsions éclamptiques. Les accès convulsifs et l'état comateux alternaient sans intervalles lucides. Deux saignées, un bain, l'extrait de belladone sur l'orifice, furent employés sans succès. Le 15, à deux heures de l'après-midi, l'état restait le même, quoique le volume de l'utérus eût été diminué par l'évacuation d'une partie du liquide amniotique. La dilatation ayant alors acquis la largeur d'une pièce de cinq francs, le docteur Hubert prit le parti de terminer l'accouchement. La version n'était pas absolument impossible sans doute; la tête, quoique basse, pouvait être soulevée facilement; une dilatation graduelle aurait sans doute permis de franchir l'orifice, mais ce n'eût pas été sans danger pour l'intégrité de cette partie, et au passage de la tête une déchirure fatale aurait pu s'opérer.

M. Hubert préféra débrider l'orifice : deux petites incisions, l'une à gauche, l'autre à droite, furent pratiquées avec un long bistouri boutonné, sans que la femme témoignât la moindre sensibilité, après quoi le forceps fut appliqué, et bientôt fut extrait un garçon de 8 livres, dans un état apoplectique qui fut promptement dissipé. Huit accès eurent encore lieu après la délivrance, malgré la continuation d'un traitement énergique. Bientôt pourtant les accidents se dissipèrent ; le 7 la connaissance revint. Le vingtième jour, la guérison était complète. Nous ferons remarquer que la version de l'enfant était à la rigueur possible dans l'observation que nous venons de rapporter ; mais il est presque certain qu'elle eût été funeste au fœtus, et dans les conditions fâcheuses où se trouvait la mère, elle eût presque infailliblement entraîné pour elle-même des dangers dont la main la plus habile n'eût peut-être pas su la préserver. Dans un second cas, le docteur Hubert employa le débridement pour remédier à un état insolite du col utérin. Le succès fut également complet. — *Obs.* Une femme de quarante ans, très-petite, mais bien conformée, en travail depuis le 24 mars 1844, présentait, indépendamment d'un léger resserrement du détroit supérieur, les dispositions suivantes : le col de l'utérus, dévié en arrière et à gauche, avait le volume et la longueur de la dernière phalange du petit doigt; il était si exactement fermé, que c'était à peine si la pulpe du doigt indicateur pouvait reconnaître son orifice externe. L'étroitesse et la fermeté de sa base indiquaient enfin que son orifice interne n'avait guère subi les modifications que la grossesse lui imprime ordinairement.

La dernière époque menstruelle datait du 13 juin 1843 ; les mouvements de l'enfant se faisaient sentir depuis plus de quatre mois et demi.

Bien que les douleurs fussent prononcées et régulières, et que la femme semblât être à terme, au moins d'après les renseignements fournis, on essaya d'arrêter ce travail par l'administration du laudanum, mais ce fut en vain. Le 28, le col était considérablement raccourci, effacé, et ne se présentait plus que sous la forme d'un bourrelet épais d'une ligne et demie à deux lignes. L'orifice encore fermé se laissait pourtant ouvrir par l'extrémité du doigt.

Après un calme presque complet

de deux jours, les douleurs se réveillèrent le 31, et bien qu'elles eussent continué jusqu'au 3 avril sans autre interruption que celle que marque leur intermittence normale, la dilatation n'avait fait que très-peu de progrès, puisque l'orifice n'avait encore que la largeur d'une pièce de cinq centimes. Le 4 avril, à trois heures du matin, l'orifice était dilaté de deux pouces et demi; la femme était exténuée; une sorte de purée verdâtre sortait par la vulve. Le même jour, à neuf heures, l'orifice, plus tendu et plus exactement appliqué sur le crâne, offrait une dilatation d'un demi-pouce moins considérable que six heures auparavant. La fatigue et le découragement de la malade étaient tels que le docteur Hubert se décida à terminer l'accouchement, et comme dans le cas précédent, il préféra à la version le débridement de l'orifice suivi de l'application du forceps : le débridement fut pratiqué comme dans le premier cas, et la douleur fut si minime que la patiente ne jeta pas un cri ; la tête ne fut entraînée qu'après des tractions assez fortes. L'enfant, garçon de 5 livres, était dans un état de mort apparente qui fut promptement dissipé; les suites de couches furent tout à fait naturelles. (*Annales de la Soc. de médec. d'Anv.* et *Jour. de chirurg.*, octobre 1844.)

BEC-DE-LIÈVRE (*Procédé nouveau pour l'opération du*). Le procédé opératoire sur lequel M. Mirault d'Angers appelle aujourd'hui l'attention des praticiens dans un excellent mémoire, publié dans le *Journal de Chirurgie*, est une heureuse modification du procédé de M. Malgaigne, que nous avons fait connaître dans l'un de nos derniers numéros. On se rappelle que ce chirurgien eut l'idée de faire servir à la réfection du lobule médian de la lèvre les deux lambeaux taillés sur chacun des bords de la division congénitale en vue de les aviver. M. Malgaigne opère cet avivement en portant les ciseaux de haut en bas; M. Mirault fait remarquer que chez les malades dont le bec-de-lièvre occupe seulement une partie de la hauteur de la lèvre, il est facile d'opérer l'avivement de cette manière, tandis que si la scissure remonte jusque dans la narine, comme il arrive presque toujours, la saillie du nez empêche d'arriver jusque-là, et l'avivement alors ne peut être fait qu'en deux temps. L'observation suivante, que nous choisirons parmi celles que renferme le travail de M. Mirault, fera mieux apprécier les vues de l'auteur que l'exposé analytique que nous en ferions nous-même: *Obs.* Rose Bellanger porte un bec-de-lièvre congénital du côté droit; la scissure de la lèvre se complique d'une division du bord alvéolaire, de la voûte et du voile du palais. La base du nez était élargie, épatée, surtout à droite; l'aile de ce côté était tirée en dehors et en haut, et son cartilage déformé, de telle sorte que l'ouverture rétrécie de la narine représentait une fente dont les côtés s'appliquaient l'un à l'autre. Après avoir détruit d'un coup de bistouri l'adhérence qui unissait à l'os maxillaire la partie supérieure du côté gauche du bec-de-lièvre, j'assujettis, dit l'auteur, ce même côté en le saisissant par la partie moyenne avec le pouce et l'index, et avec des ciseaux je taillai dans sa partie inférieure, par une section oblique de haut en bas et de dedans en dehors, un lambeau de six à huit millimètres de longueur. Ce lambeau, taillé dans l'épaisseur même de l'angle arrondi qui termine le bord de la division labiale, resta suspendu à la lèvre : ayant été écarté par un aide, j'achevai l'avivement des chairs de ce côté par une autre section à peu près verticale, et, comme on a coutume de le faire, je procédai de la même manière à l'égard du côté droit du bec-de-lièvre, et je commençai à opérer le rapprochement des bords de la division en pratiquant un premier point de suture entortillée au bas de la section verticale, c'est-à-dire à son point de jonction avec la section oblique du lambeau. Deux autres points de suture furent placés au-dessus du précédent; restait encore, pour accomplir la restauration de la lèvre, à reconstituer son lobule médian. Pour cela, je les renversai d'abord de haut en bas, mais ils s'appliquaient mal l'un à l'autre près de leur insertion à la lèvre, où il se formait un petit vide. Ayant remarqué qu'en les couchant l'un sur l'autre ils s'imbriquaient de façon à très-bien imiter la saillie lobulaire de la lèvre, sauf qu'elle était un peu plus forte, l'auteur retrancha la plus grande partie du lambeau du côté droit et appliqua sur sa place, disposée *ad hoc*, la face supérieure ou saignante du lambeau du côté gauche. Alors le lobule médian artificiel fut parfait, et il suffit

de fixer ce lambeau par un quatrième point de suture entortillée. Quarante-huit heures après l'opération, trois épingles furent ôtées; savoir : l'inférieure qui fixait le lobule, et les deux supérieures. Celle qui avait été placée au point de jonction des incisions verticale et oblique, ne fut enlevée qu'au bout de 96 heures. A partir de l'enlèvement des épingles les parties furent soutenues à l'aide d'un bandage unissant, dont on fit abstraction le dixième jour après l'opération. M. Mirault a joint à cette observation deux figures qui représentent la malade avant et après l'opération; le résultat est on ne peut plus complet et très-satisfaisant. Un second malade fut également opéré avec succès par ce procédé; seulement cette fois M. Mirault n'employa qu'un seul lambeau; ayant appris par le fait qui précède qu'il s'adapterait plus facilement et, pour ainsi dire, dans la direction naturelle à la surface opposée du bec-de-lièvre. L'auteur remarque que le procédé de M. Malgaigne n'échappe pas au reproche fait aux divers autres moyens tentés jusqu'à ce jour; savoir : que le lobule artificiel ne se trouve pas situé sur la ligne médiane par suite de la position latérale du bec-de-lièvre, tandis que dans son procédé cette imperfection n'existe plus. En effet, dans le bec-de-lièvre unique, le lobule existe ordinairement sur un des côtés de la scissure labiale, il ne s'agit alors que de le conserver, et pour cela il suffit de le faire servir à la confection du lambeau. Le lobule occupe alors le milieu de la lèvre. (*Journ. de Chirurgie*, septembre 1844.)

CATALEPSIE (*Considérations pratiques sur la*). M. le professeur Rech, de Montpellier, à l'occasion de quatre faits de cette singulière maladie, observés par lui, a publié quelques considérations intéressantes, qu'il nous paraît utile de résumer succinctement.

La catalepsie n'est pas encore bien connue; c'est ce qui résulte des diverses définitions données par les auteurs, qui paraissent à M. Rech ou incomplètes, ou insuffisantes, ou erronées. Toute définition doit indiquer les caractères constants et principaux de la maladie; or, quels sont ces caractères? 1° Suspension du sentiment ou du mouvement, ordinairement entière, mais quelquefois incomplète; 2° disposition particulière du système musculaire à conserver le même degré de contraction, jusqu'à ce qu'une force étrangère agisse sur lui, et détermine la facilité avec laquelle il cède à cette force; 3° absence de la fièvre, ou, autrement dit, conservation de toutes les fonctions dans leur état normal, excepté de celles qui se rattachent plus particulièrement à l'action du système nerveux; 4° type intermittent de la maladie, qui a lieu presque toujours, mais qui manque quelquefois. En conséquence, M. Rech définit la maladie : Un état morbide caractérisé par la suspension quelquefois incomplète du sentiment et du mouvement volontaire, par une disposition particulière des muscles à conserver le même degré de contraction et à obéir à toute impulsion étrangère; enfin, par l'apyrexie et par l'intermittence presque constante.

L'auteur ne croit pas, comme on le dit généralement, que cette maladie soit très-rare et qu'elle attaque principalement les femmes. Sur le premier point, il invoque les annales de la science et sa pratique particulière, qui lui montrent des cas nombreux de catalepsie; sur le second point, les quatre malades qu'il a le plus rarement observés étaient des hommes.

Sur un de ces malades, la musique produisait un effet remarquable; on le voyait d'abord attentif, puis marquer par les ondulations de sa tête le rhythme de l'air qu'il entendait, quelquefois danser, quelquefois encore faire des efforts pour chanter cet air. Du reste, que ce fût l'orchestre, ou un instrument seul, une voix habile ou une voix vulgaire, l'effet était le même, à la condition cependant qu'elle reproduisît, pour le malade, un air connu. D'ailleurs, la musique ne parut avoir aucune influence sur la durée de la maladie.

L'influence du magnétisme fut aussi essayée sur ce malade, sans aucun résultat.

Quant aux causes, les observations de l'auteur n'ajoutent guère rien aux observations connues. Les quatre malades se livraient à la masturbation; ils étaient déjà déments, quand la catalepsie survint, et la démence persista après sa disparition.

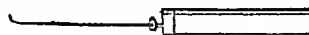
Aucun de ces malades n'ayant succombé, leur histoire n'apprend rien sur le siége de la catalepsie, et ce qu'en disent les auteurs se réduit à peu de chose.

M. Rech a eu recours, dans le traitement de ses malades, à des remèdes variés et énergiques; il n'ose cependant leur attribuer la disparition de la catalepsie. Chez l'un, les attaques ont diminué et se sont éteintes, il est vrai, pendant l'emploi du musc et du camphre; mais ces médicaments avaient été déjà administrés inutilement, et n'ont produit aucun effet chez les autres cataleptiques. Chez un autre, un amendement est survenu pendant qu'il était soumis à l'usage des eaux de Balaruc en boisson, en bains, en douches. Mais le même remède n'a pas modifié le moins du monde l'état de deux autres malades. Quant aux secousses galvaniques, elles ont plutôt aidé la catalepsie à se développer dans deux cas, qu'elles n'en ont diminué l'intensité; et, enfin, les bains frais, les affusions, les douches, les saignées, les vésicatoires, les purgatifs n'ont produit aucun effet sensible. L'auteur pense donc que, chez tous ses malades, la catalepsie s'est usée d'elle-même pour ne laisser que la démence.

Quant à la nature de la maladie, M. Rech, après avoir fait le procès à toutes les opinions émises, ne craint pas d'avouer son insuffisance à en proposer une qui leur soit préférable, et, jusqu'à nouvelles découvertes, il croit qu'il faut considérer cette maladie comme dépendant d'un état morbide spécial, c'est-à-dire, comme une modification vitale, de nature particulière, qui porte son action principale sur le système nerveux, mais dont l'essence nous échappe, et qu'il faut, en conséquence, se résigner à étudier seulement dans ses effets. (*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, octobre et novembre 1844.)

CATARACTE (*Nouveau procédé pour la réclinaison-dépression de la*). M. le docteur Cunier obtient, par un nouveau procédé que nous allons décrire, des résultats très-avantageux dans l'opération de la cataracte. Cet habile artiste fait choix d'une pièce n'ayant qu'une seule croisée; s'il en existe d'autres, elles sont condamnées. L'opéré est assis sur une chaise basse, à dossier, et placé de manière à ce que la lumière arrive par-dessus le nez dans l'œil à opérer. Je suppose que l'opération ait lieu sur l'œil gauche. L'aide se place derrière, la tête du malade appuyée contre la poitrine. Avec le médius de la main droite, qui est tenue dans une demi-flexion, la paume appliquée sur la tempe et l'oreille, il abaisse la paupière supérieure de l'œil droit, qu'il immobilise par une légère pression, pour laquelle il se sert de l'indicateur. De la main gauche, il tient l'élévateur de Pellier, le petit doigt, l'indicateur et le pouce placés en arrière, le médius et l'annulaire placés en avant; le rebord de l'élévateur est appliqué le long des cils, et la paupière rendue immobile contre la voûte de l'orbite. Le pouce, l'indicateur et le petit doigt, ayant leur appui sur le front, empêchent qu'une pression trop forte ne soit exercée. L'opérateur s'assied au côté gauche du malade, sur une chaise d'une hauteur telle que son menton soit au niveau de l'œil à opérer. Sa poitrine forme avec celle de l'opéré un angle de 35 degrés environ. Sa jambe gauche est passée par-dessus celles du malade. La paupière inférieure est abaissée avec l'index de la main gauche, tandis que le médius prend son point d'appui dans le côté interne, au niveau de la caroncule lacrymale. L'indicateur et le petit doigt, repliés sur eux-mêmes, appuient sur le menton; l'opérateur contribue ainsi à fixer la tête, dont il peut, au besoin, suivre les mouvements. Quand l'opération a lieu sur l'œil droit, le chirurgien se place du côté droit du malade, dans la position décrite, et se sert de la main gauche. L'aide se sert de la main gauche pour immobiliser l'œil gauche, et tient l'élévateur de la main droite.

Voici la description de l'aiguille employée par M. Cunier.



Le manche, qui est ici brisé, a une longueur totale de 96 millimètres; il est octogone: les quatre grandes surfaces ont 3 millimètres de largeur; les quatre petites, 2 millimètres. Le fer est long de 21 millimètres; il a, dans toute son étendue, jusqu'à la naissance de la lance, un diamètre de 1/2 millimètre au plus; il présente, à 1 1/2 millimètre de sa naissance, un bouton circulaire, analogue à celui qu'offrent les aiguilles de Langenbeck, Heuermann, etc.; à 18 millimètres naît la lance. Celle-ci, tranchante des deux côtés, large en son milieu de 1 millimètre, pré-

sente dans sa concavité une arête longitudinale qui lui donne une épaisseur de 1/2 millimètre ; sa courbure offre une longueur de 3 millimètres, sur un rayon de 11/3 millimètre.

M. Cunier saisit l'aiguille comme une plume à écrire, le pouce, l'indicateur et le médius dans la semi-flexion ; le petit doigt, placé sur l'arcade zygomatique, fournit le point d'appui ; l'instrument est tenu dans un angle de 15 à 20 degrés avec l'horizontale, la pointe à deux ou trois lignes du globe, la convexité tournée en haut, la concavité en bas. La planche donne une idée exacte de la position relative de l'opéré, de l'opérateur et de l'aide.

On engage le malade à porter l'œil en bas et en dedans, et, fixant son attention par une question qui doit l'intéresser, les doigts qui tiennent l'instrument sont mis davantage en extension ; se servant de l'aiguille comme d'un harpon, la pointe de la lance est enfoncée dans la sclérotique, à trois lignes du bord de la cornée et à 1/2 ligne au plus en dessous du muscle droit supérieur ; la main décrivant alors un arc de cercle de 25 à 30 degrés vers le haut, l'instrument est poussé jusqu'au collet de la lance dans la chambre postérieure.

On fait ensuite subir à l'aiguille un demi-tour sur son axe, de dedans en dehors, qui en porte la concavité en haut, la convexité en bas. La convexité est ainsi portée sur le bord supérieur postérieur du cristallin ; celui-ci est abaissé jusqu'au-dessous de la pupille, sa face postérieure devenant supérieure, l'antérieure inférieure. Dans l'accomplissement de ce temps opératoire, on imprime à l'aiguille un mouvement tel, que le cristallin, arrivant à plat, se trouve couché sur la concavité de la lance ; recommandant alors au malade de regarder en haut, la lentille se place, par l'effet de ce mouvement du globe, dans la partie inférieure et externe du corps vitré.

Lorsque le malade n'obéit pas à ce mouvement, le manche de l'aiguille porté obliquement en avant y supplée. La capsule suit le plus souvent, ce qui fait que la dépression a lieu en masse. Dans les cas où elle n'a point suivi, qu'elle soit opaque ou non, l'opérateur, après avoir opéré la dépression, se sert de l'aiguille comme d'un crochet, qu'il harpoune successivement en deux ou trois endroits de cette membrane ; roulant alors l'aiguille entre les doigts, il en opère la lacération complète. L'aiguille est retirée selon la direction qu'elle a suivie en entrant. (*Annales d'oculistique*, octobre 1844.)

CLAVICULE (*Luxation en arrière de l'extrémité interne de la*). Les accidents déterminés par cette espèce de luxation de la clavicule, et qui dépendent des rapports anatomiques de l'extrémité interne de cet os avec les organes importants de la région cervicale antérieure, sont assez graves, comme on le verra par l'observation suivante, pour que celle-ci mérite de fixer un instant l'attention des praticiens. Un maçon, âgé de 25 ans, et d'une constitution athlétique, fut pris entre un mur et le timon d'une voiture. L'épaule gauche appuyait contre le mur, et le timon de la voiture pressait avec violence sur le côté droit de l'épaule et de la poitrine, de manière que l'épaule fut portée violemment en avant, comme pour se rapprocher de la ligne médiane. Cet individu éprouva immédiatement une sensation de suffocation qui persista après l'accident. Trois semaines après, il était dans l'état suivant : la face était violette et la suffocation telle, qu'elle inspirait les plus vives inquiétudes à ceux qui l'entouraient : l'épaule était gonflée et douloureuse ; et à sa face postérieure, l'épiderme était enlevé comme si on y eût mis un vésicatoire : il y avait une dépression à gauche de l'extrémité supérieure du sternum, et quand on pressait au niveau de cette dépression, on augmentait le sentiment de suffocation. L'angle gauche du sternum faisait une saillie notable. Quand le malade portait la main à sa tête, l'extrémité interne de la clavicule se dirigeait en avant, tandis que l'extrémité externe se portait en arrière : aussitôt qu'il laissait retomber son bras, l'épaule revenait à sa position anormale, et avec elle la suffocation : il était évident que la tête de la clavicule s'était luxée en arrière. Le côté droit de la poitrine avait été le siége d'une violente contusion, et la sixième côte était fracturée. Cependant le malade n'avait pas craché de sang, et il ne paraissait pas que le poumon eût été intéressé. On lui avait pratiqué deux saignées dans les premières vingt-quatre heures, et un bandage avait

été appliqué autour de la poitrine. Après lui avoir fait fléchir l'avant-bras sur le bras, M. Rodrigue lui plaça entre les deux épaules un coussin assez volumineux pour remplir le creux de cette région et dépasser le niveau des omoplates : alors, à l'aide d'une bande qu'il avait fixée au bras gauche, il entoura obliquement la poitrine et l'épaule malade par des tours de bande qui passaient sur le coussin, de manière à porter l'épaule en arrière et à entraîner en avant la tête et la clavicule. La réduction fut parfaite, et le bandage fut réappliqué tous les jours, de manière à assurer son action. Aucun accident ne survint, et le malade put bientôt reprendre ses occupations; mais il restait encore, après la guérison, un peu d'abaissement de l'extrémité interne de la clavicule. (*The Lancet* et *Archives de Médecine*, octobre, 1844.)

CORDON OMBILICAL (*La brièveté native ou accidentelle du) peut-elle, dans quelques cas, retarder ou entraver l'accouchement?* Telle est la question que M. le docteur Hirtz, de Strasbourg, s'est proposé de résoudre dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, et qu'il a résolue affirmativement. On sait que ce sujet est encore en litige parmi les accoucheurs, et que, tandis que Mauriceau, Lamotte, Levret, Smellie, etc., regardent la brièveté du cordon comme un obstacle à l'accouchement, Baudelocque et toute son école pensent différemment.

Voici en quelques mots la théorie du docteur Hirtz : « Quand le cordon est originairement ou accidentellement trop court, dit-il, la tête descend pendant la contraction de l'utérus, parce que cet organe lui-même, pressé par les muscles abdominaux, descend aussi, de manière que dans ce moment le cordon, étant relâché, ne subit aucune traction, et laisse par conséquent avancer la tête; mais la contraction venant à cesser, l'utérus remonte, entraîne le cordon avec lui, et par suite fait remonter la tête du fœtus. Celle-ci doit remonter d'autant plus facilement que l'élasticité des os du crâne, celle des articulations des os du bassin, la disposition légèrement conique de ce dernier, doivent favoriser son glissement ascendant. C'est, dit-il, en concevant de cette manière l'influence de la brièveté du cordon ombilical qu'on arrive à admettre la réalité de cette influence, malgré les raisons spécieuses qui semblent combattre cette opinion.

Malheureusement, M. Hirtz ne donne pas des signes diagnostiques très-positifs à l'aide desquels on puisse reconnaître cette brièveté du cordon, et par suite les préceptes de conduite à tenir en pareille circonstance ne paraissent pas reposer sur une base très-solide. Telle a été du moins l'opinion du célèbre rapporteur de ce travail, M. Capuron, qui attaque à la fois la théorie, le diagnostic et la pratique exposés par M. Hirtz. En résumé, M. Hirtz a complétement adopté l'opinion des anciens et des modernes, qui ont cru que la brièveté du cordon ombilical pouvait retarder ou entraver l'accouchement; mais il ne paraît pas avoir fourni plus qu'eux des preuves convaincantes et positives de cet obstacle, au moins dans les cas où la tête du fœtus n'a pas encore franchi la vulve; d'où il résulte qu'il a laissé cette question dans l'état où elle était avant lui. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, novembre 1844.)

CUBITUS (*Sur une luxation isolée de l'extrémité supérieure du*). Il reste, pour compléter l'histoire des luxations du coude, à démontrer que l'extrémité supérieure du cubitus peut se déplacer sans se fracturer, et sans entraîner avec elle la tête du radius.

C'est ce qui a été essayé dans divers mémoires, par A. Cooper, par MM. Sédillot, Malgaigne et Diday; mais cette lésion n'a point encore trouvé de place dans les traités de pathologie chirurgicale. Pendant son séjour comme interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'auteur a recueilli trois observations de luxation isolée de la tête du cubitus. Il a communiqué ces faits à M. Pétrequin, qui est arrivé, de son côté, à des résultats tout à fait semblables.

Forcés de nous restreindre dans l'analyse du travail de M. Brun, nous croyons que la relation de la plus détaillée de ses observations en dira plus qu'une longue dissertation. — *Obs.* Charles Fourrier, boucher, âgé de quarante-deux ans, se luxa le coude gauche en tombant de voiture; il ne peut donner que des renseignements très-vagues sur la position du bras au moment où s'est opérée la luxation. Il présume qu'il l'a porté

instinctivement en avant pour amoindrir l'effet de la chute. Il est admis à l'Hôtel-Dieu le 17 février 1840, trois semaines après l'accident, et présente les symptômes suivants :

L'avant-bras est dans un degré de flexion intermédiaire entre l'extension complète et la flexion à angle droit.

Lorsqu'on cherche à le fléchir ou à l'étendre, on éprouve de la résistance, et le malade accuse une vive douleur. Abandonnée à elle-même, la main se place dans la pronation ; mais elle peut être portée alternativement dans la pronation et la supination, sans que ces mouvements, qui sont faciles et presque aussi étendus qu'à l'état normal, fassent éprouver la moindre douleur au malade. Si, pendant qu'on fait exécuter ces mouvements, le doigt est porté sur l'articulation radio-humérale, on perçoit très-nettement la rotation de la tête du radius, on sent la rainure qui la sépare de l'épicondyle, et on peut ainsi s'assurer que ces deux os ont conservé leurs rapports normaux. L'avant-bras paraît légèrement dévié en dehors ; son axe formant avec celui du bras un angle saillant en dedans et rentrant en dehors. En plaçant deux doigts sur les tubérosités interne et externe de l'humérus et un troisième sur le sommet de l'olécrane, on trouve que cette dernière éminence est très-peu remontée au-dessus de son niveau ordinaire, c'est-à-dire le plan horizontal qui passerait par les deux premières : on a estimé que cette ascension pourrait être d'un centimètre environ : elle est beaucoup plus saillante en arrière qu'à l'état normal, ce qui augmente considérablement le diamètre antéro-postérieur de l'articulation, et constitue une déformation du coude des plus évidentes. Derrière l'épitrochlée, on sent une dépression, un enfoncement des plus marqués, qui a succédé à la gouttière du nerf cubital. En mesurant la distance qui sépare l'épitrochlée du sommet de l'apophyse styloïde du cubitus, on a trouvé qu'elle avait environ un centimètre de moins que du côté sain.

Les internes et les chirurgiens qui ont observé ce malade furent un instant indécis sur la question de savoir si la tête du radius avait conservé ses rapports normaux avec le condyle huméral; quelques-uns pensaient qu'elle était luxée en arrière. Un examen attentif de l'articulation radio-humérale, la conservation des mouvements de pronation et de supination, de la rainure formée par l'interligne articulaire, dissipèrent toutes les incertitudes.

Réduction. Le tronc étant fixé, ainsi que le bras, plusieurs aides tirèrent sur l'avant-bras, placé dans la supination et dans la demi-flexion. Les tractions furent opérées dans la direction de l'axe de l'avant-bras, c'est-à-dire en avant et en dehors. Pendant ce temps, l'opérateur appuyait d'une main sur l'olécrâne, qu'il poussait en bas et en avant; de l'autre, sur l'extrémité inférieure du bras, qu'il poussait en arrière. Lorsque l'extension fut jugée suffisante, on commanda aux aides extenseurs un mouvement brusque, par lequel l'avant-bras fut porté dans la flexion. La première tentative fut infructueuse; à la seconde, la réduction fut opérée. Telle est, après plusieurs manœuvres tentées inutilement, celle qui a réussi à faire cesser le déplacement.

L'avant-bras fut maintenu dans la demi-flexion, et la pronation à l'aide d'un bandage en 8 de chiffre et d'une écharpe. La guérison s'est effectuée très-promptement, et l'articulation a recouvré ses mouvements. (*Journ. des Conn. médico-chirurg.*, octobre 1844.)

ÉTRANGLEMENT INTERNE (*Entérotomie pratiquée avec succès dans un cas d'*). Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître l'impuissance de l'art dans les étranglements internes de l'intestin grêle. La science ne possède pas encore un seul fait de guérison de cette terrible maladie. C'est dans un de ces cas désespérés, que M. le docteur Maisonneuve a fait l'essai d'une opération nouvelle; le succès a couronné ses efforts. Il s'agit d'une dame âgée de soixante-un ans, qui portait depuis quinze ans environ une hernie inguinale du côté droit : cette tumeur devint tout à coup douloureuse et augmenta de volume; tous les symptômes de l'étranglement se manifestèrent, auxquels on opposa vainement tous les moyens de l'art. M. Maisonneuve se décida à l'opération qu'il fit suivant les règles ordinaires. Tout se passa bien d'abord; mais cinq ou six heures après, des symptômes très-graves se manifestent, et l'on ne voit plus de salut

que dans une seconde opération. « Mais ici, dit l'auteur, la science me faisait défaut; elle n'avait à m'offrir aucun précédent. Je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie du fait que j'avais sous les yeux. Le relief que faisaient à travers la paroi abdominale les anses distendues de l'intestin grêle me donnèrent pour un instant l'idée d'aller, par une incision nouvelle, chercher une de ces anses, de l'attirer au dehors et d'établir un anus contre nature. Mais je remarquai, d'une part, que derrière la cicatrice de la première opération, un nouvel étranglement avait pu se former dans l'orifice herniaire; d'autre part, que cet orifice, dilaté par l'incision, pourrait peut-être me permettre d'aller, aussi bien qu'avec l'incision nouvelle, saisir une des anses intestinales dilatées. Ce ne fut pas sans regret que je divisai les adhérences de cette plaie, réunie déjà par première intention. Je développai ensuite les lambeaux du sac, et j'arrivai à l'orifice herniaire. Là je reconnus que l'orifice était libre, aucun étranglement nouveau ne s'était produit; je n'avais plus dès lors de ressource que dans la recherche d'une des anses de l'intestin grêle supérieure à l'étranglement; je m'y décidai sans retard. Avec le doigt index de la main droite introduit dans l'orifice herniaire, je rompis d'abord quelques fausses membranes; puis, explorant les parties contiguës à cet orifice, je rencontrai une anse intestinale adhérente à la paroi abdominale, et que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion de l'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord l'idée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture après l'avoir ouverte; mais en explorant avec le plus grand soin, j'acquis la conviction que les adhérences de cette partie avec la paroi de l'abdomen et, probablement, avec les anses intestinales voisines, d'une part, étaient de nature à rendre cette extraction difficile, dangereuse même; et d'autre part, qu'elles devaient être suffisantes pour s'opposer à l'épanchement des matières dans le péritoine.» C'est sur les données que nous venons de reproduire, en laissant parler l'auteur lui-même, qu'il se décida à établir un anus artificiel. Pour cela, il pinça l'anse intestinale et l'incisa dans une étendue de 1 à 2 centimètres. A l'aide d'une pince, il parvint à saisir un pli de l'intestin, et, glissant des ciseaux mousses le long de la pince, il divisa ce pli transversalement. Un jet de matières intestinales s'écoula aussitôt. Le chirurgien introduisit de nouveau son doigt pour s'assurer qu'après s'être affaissé, l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire. Puis, reconnaissant que l'ouverture était un peu trop étroite, il l'agrandit de manière à pouvoir pénétrer dans l'intestin avec le bout du doigt. Aujourd'hui cette malade est guérie même de son anus anormal. (*Acad. des Sciences*, *Gaz. méd. de Paris*, 21 sept. 1844.)

FIÈVRE-TYPHOIDE (*De la méthode évacuante dans le traitement de la*). La méthode évacuante a eu de nombreux détracteurs, elle a rencontré aussi des défenseurs zélés. Le praticien qui observe et étudie les faits sans prévention, qui dépose, auprès d'un malade, toutes les opinions théoriques relatives à la nature de la maladie, qui se défait de ses frayeurs au sujet d'une prétendue inflammation intestinale, ce praticien ne peut ne pas être frappé de ce grand fait d'observation, savoir, que presque toutes les fièvres typhoïdes à terminaisons heureuses se jugent par d'abondantes évacuations. Guidé par ce fait, M. Delarroque rappela le premier parmi nous la pratique intelligente des maîtres des siècles passés, préconisa avec ardeur la méthode évacuante et fit connaître au public médical, un peu étonné et même un peu sceptique d'abord, les résultats fort avantageux qu'il en avait obtenus. Depuis ses premières publications qui remontent à plusieurs années, ce praticien distingué, loin de se laisser décourager par l'opposition que rencontraient ses doctrines, a suivi avec persévérance la voie qu'il croit la meilleure. Il est certain pour nous que, comme méthode générale, si tant est qu'une méthode générale puisse être appliquée à une maladie si complexe, la méthode évacuante est la plus innocente et celle qui, en définitive, donne le plus de succès. En voici une nouvelle preuve fournie par M. de Crozant, interne fort distingué des hôpitaux de Paris, qui vient de publier un mémoire remarquable par le nombre des faits et surtout par les résul.

tats. Les voici succinctement exposés.

Il a observé 98 fièvres typhoïdes, 22 femmes et 76 hommes. La maladie, on le comprend, était à des degrés divers chez ces individus. Ils ont tous été traités par les purgatifs. Il y a eu 7 décès, c'est-à-dire 1 mort sur 14 guérisons. Ces malades sont morts, à l'exception d'un seul, les premiers jours de leur entrée : le premier après une rechute, le second par l'hémorrhagie intestinale qui fit repousser l'emploi des évacuants, le troisième avec tous les signes du choléra, le quatrième et le cinquième, arrivés au dix-septième jour de la maladie dans un état désespéré, le sixième sans renseignements, le septième, hémorrhagie intestinale.

En tenant compte de ces circonstances, on voit que la mortalité serait presque nulle dans cette série considérable de faits qui concordent d'ailleurs avec les précédents résultats publiés par M. Delarroque. Nous ne connaissons pas de méthode qui produise des effets plus remarquables sur le malade et qui donne plus de satisfaction au médecin. Ajoutons aussi que son emploi est très-facile; le malade se prête d'autant mieux à ce traitement qu'il est en harmonie avec l'opinion qui règne dans le monde sur l'innocuité des purgatifs et sur la nécessité d'évacuer les humeurs. Voilà bien des motifs pour que le praticien ose essayer une médication qui, d'après notre propre expérience, n'a d'inconvénients que dans des cas très-rares. (*Journ. de médecine*, octob. et novemb. 1844.)

HYDROCÈLE (*Procédé nouveau pour la cure radicale de l'*). Ce procédé opératoire que le docteur Porter emploie, dit-il, avec succès depuis quinze ans, n'est autre que la méthode de Franco qu'il a légèrement modifiée; c'est-à-dire la méthode par la tente. Voici comment l'auteur exécute son opération : au lieu d'inciser le scrotum dans toute sa hauteur, il ne donne à l'incision qu'un pouce ou un pouce et demi d'étendue; de plus, au lieu de pénétrer du premier coup dans la tunique vaginale, il divise d'abord les parties molles jusqu'au niveau de cette enveloppe, examine si quelque vaisseau un peu volumineux a été divisé, et fait au besoin une ou plusieurs ligatures. Alors la pointe du bistouri est plongée dans la tunique vaginale, à l'une des extrémités de l'incision; on la fait sortir à l'autre extrémité, et on divise en retirant rapidement l'instrument. M. Porter avait d'abord coupé dans un seul temps toutes les enveloppes des bourses; mais il a reconnu que ce procédé exposait à un épanchement de sang dans la tunique vaginale, parce que les bords de la plaie se renversent de ce côté après l'évacuation du liquide. Il a donc adopté le procédé actuel, qui permet d'arrêter l'hémorrhagie avant de donner issue au liquide. Une fois que la tunique vaginale est ouverte, M. Porter introduit dans sa cavité une tente de charpie roulée, qu'il a soin d'entourer d'une ligature pour la retirer aisément si cela est nécessaire.

Dans les cas ordinaires, M. Porter abandonne la tente à elle-même; elle sort le troisième ou quatrième jour, et il n'est pas besoin de la renouveler. Seulement, il est convenable d'introduire de temps en temps le doigt entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur réunion avant que les adhérences de la séreuse soient suffisamment établies. M. Porter a coutume de faire saigner le malade le jour même ou le lendemain pour prévenir une inflammation trop violente : en général, celle-ci est modérée, et le malade est guéri dans l'espace de trois semaines. Malgré les nombreuses guérisons que l'auteur a obtenues par cette méthode depuis quinze ans, il n'est pas probable que les chirurgiens l'adoptent et renoncent au traitement par injection, que son efficacité a fait choisir depuis si longtemps de préférence à tous les autres. (*The Dublin Journal* et *Archives de Méd.*, octobre 1844.)

MOELLE ÉPINIÈRE (*Des moyens de prévenir l'incontinence d'urine et l'altération des urines que l'on observe à la suite des lésions traumatiques de la*). M. Ségalas a lu dernièrement à l'Académie de médecine un travail fort intéressant sur ce sujet, qui a provoqué une discussion qui n'a pas duré moins de trois heures. Ce travail a conduit l'auteur à une série de conclusions physiologiques et de chirurgie pratique d'un grand intérêt et d'une utilité réelle. Les dernières seules nous occuperont ici. Elles sont basées sur deux observations dont voici les traits principaux :

Le 8 juillet 1839, un cordonnier

appelé Lamarre, petit homme de quarante-trois ans, tombe dans une cave à Saint-Denis. On le relève sans connaissance. Le lendemain, il est ramené chez lui, à Paris, et il y est bientôt visité par son médecin ordinaire, M. le docteur Leroux, de Rennes, qui constate une paralysie complète des extrémités inférieures, avec absence de toute sensibilité jusqu'au nombril. Les apophyses des cinquième et sixième vertèbres dorsales sont saillantes. Il y a rétention des matières stercorales et rétention des urines; il y a en même temps de fortes érections, sans que le malade en ait la conscience. La vessie et le rectum sont vidés mécaniquement; une saignée est pratiquée; la diète, une boisson délayante et divers autres moyens sont conseillés dans le but de prévenir l'inflammation de la moelle et de parer autant que possible aux conséquences habituelles de ces sortes de blessures.

Appelé en consultation près de ce malade, le troisième jour de l'accident, M. Ségalas vérifia les faits observés par M. Leroux, et il s'assura que les urines offraient leurs conditions normales, au moins sous les rapports physiques; ils reconnurent en outre que l'érection était augmentée d'intensité pendant la durée du cathétérisme. Cette circonstance les détermina à n'introduire la sonde qu'à certains intervalles, et à ne la laisser en place que le temps nécessaire à l'évacuation des urines. Se souvenant d'ailleurs d'une remarque de Dupuytren très-souvent citée, savoir, que les sondes se chargent très-promptement d'incrustations chez les malades atteints de paraplégie traumatique, M. Ségalas était porté à croire que cet effet avait pour cause le catarrhe provoqué par le séjour prolongé des sondes dans la vessie. C'est probablement à cette précaution de retirer la sonde sitôt après la sortie des urines que M. Ségalas dut de trouver celles-ci parfaitement normales une quinzaine de jours après, dans un examen fait au microscope avec M. le docteur Donoé, et de les maintenir telles pendant tout le temps qu'il a suivi le blessé, c'est-à-dire pendant six semaines entières.

Quand il cessa de le voir, les effets immédiats de la lésion première étaient les mêmes; mais il s'y joignait déjà une eschare gangréneuse à la partie postérieure du sacrum, qui, par des soins convenables, parvint à guérison. Après quinze mois de traitement, les urines étaient retenues ainsi que les matières stercorales; mais les érections avaient beaucoup diminué d'intensité et de fréquence, et n'avaient guère lieu que sous l'influence de la sonde. Du reste la paraplégie avait persisté en son entier.

En mai 1840, un bijoutier, âgé de trente-sept ans, monte sur un arbre, perd l'équilibre et tombe d'une hauteur de 20 à 24 pieds. La chute a lieu sur les reins. A l'instant même des fourmillements se font sentir dans le ventre et dans les membres inférieurs, et quand le blessé veut se relever, il se trouve dans l'impossibilité de le faire : la moitié inférieure du corps est frappée de paralysie.

Cependant le besoin d'uriner cesse de se faire sentir : le soir, la vessie est distendue, il faut la vider avec la sonde. Les évacuations alvines doivent, à leur tour, être provoquées par des purgatifs. Les saignées locales, les bains généraux et les frictions stimulantes sont successivement mis en usage, mais ils restent sans effet ainsi que d'autres moyens. La vessie est toujours paralysée, et l'on n'a pas cessé d'y maintenir à demeure une sonde qui est changée seulement tous les dix à quinze jours. A l'impossibilité de rendre l'urine, s'est jointe une altération du liquide lui-même. Resté à l'état normal pendant les trois premiers mois de la maladie, il est devenu ensuite catarrhal et son dépôt a augmenté graduellement. Les sondes se recouvrent de concrétions phosphatiques.

Appelé à cette époque, M. le docteur Gratiot combat la paralysie de la vessie par la teinture de cantharides, et celle des membres par la strychnine. Dix à douze jours après les urines s'échappent autour de la sonde, celle-ci est retirée, et dès lors le malade urine sans le secours de cet instrument. Mais à la rétention d'urine succède tout aussitôt une incontinence d'urine. D'un autre côté, la sensibilité se réveille, le malade commence à remuer ses membres, puis à les soulever, et il arrive enfin à pouvoir marcher avec des béquilles.

Les choses en étaient là, quand, l'année dernière, M. Ségalas fut mandé près de ce malade afin de re-

médler, s'il était possible, au désordre des fonctions urinaires. Il reconnut la présence d'une grosse pierre dans la portion prostatique de l'urètre, qu'il brisa au moyen d'un brise-pierre urétral. Mais l'incontinence a persisté; le malade a seulement un peu plus la conscience du passage de l'urine, et il peut parfois en conserver une certaine quantité dans la vessie.

A ces faits, M. Ségalas a ajouté un grand nombre d'expériences qui montrent que les lésions traumatiques de la moelle de l'épine n'empêchent pas la sécrétion de l'urine. Mais les conséquences pratiques qui découlent de ce travail, celles qu'il nous importe par conséquent le plus de rappeler ici, M. Ségalas les a formulées en ces termes: « Il faut vider régulièrement la vessie de tout homme frappé de paraplégie traumatique; il faut se garder de lui laisser la sonde à demeure; il faut éviter de le traiter par les moyens qui exercent une action irritante sur la vessie. »

En effet, dit M. Ségalas, les lésions traumatiques de la moelle de l'épine ont pour effet immédiat la *rétention* des urines, et pour effet secondaire, plus ou moins éloigné, l'écoulement involontaire, l'*incontinence* d'urine. On explique le premier de ces effets par la paralysie de la vessie, et le second par celle de son col. Mais pourquoi, si les choses se passent ainsi, la rétention d'urine précède-t-elle toujours l'incontinence, quelle que soit la hauteur à laquelle la moelle est lésée? Pourquoi l'incontinence succède-t-elle à la rétention indépendamment de l'affection de la moelle, quelle que soit la marche de cette affection, qu'elle reste stationnaire, qu'elle fasse des progrès lents vers la guérison ou qu'elle s'aggrave graduellement? Pourquoi cette incontinence est-elle retardée par les précautions hygiéniques relatives à la vessie, et en particulier par le soin de la vider régulièrement toutes les trois ou quatre heures, à l'aide d'une sonde souple de gomme élastique, introduite chaque fois et ne restant en place que le temps nécessaire à l'évacuation du liquide? Pourquoi, au contraire, est-elle accélérée ou même provoquée par tout ce qui irrite la vessie, comme la distension habituelle de l'organe, la présence continuelle de la sonde, l'administration intérieure des cantharides?

Il est bien plus naturel de supposer que la rétention d'urine est l'effet du défaut de contraction de la vessie et des muscles qui entourent les viscères du bas-ventre; et que l'incontinence d'urine a lieu d'abord par regorgement, qu'elle est causée par la plénitude de la vessie, comme dans tant d'autres circonstances, et ensuite par la résistance que la vessie irritée, enflammée, oppose à sa dilatation.

Dans cette hypothèse, fort probable, les soins à prendre pour éviter ou du moins pour retarder l'incontinence d'urine, cette maladie si horriblement dégoûtante, seraient ceux que nous avons signalés comme propres à prévenir l'altération des urines. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, octobre 1844.)

ŒIL (*Extirpation de l'*) *par un nouveau procédé dans un cas d'ossification et d'hydropisie de la choroïde.* L'intérêt pratique qui se rattache au fait suivant, que nous reproduisons d'après M. le docteur Furnari, ne porte pas seulement sur le procédé opératoire mis en usage; il résulte aussi des détails pathologiques que l'auteur a soigneusement exposés en vue d'éclairer la nature et le traitement d'une maladie qui n'est pas encore bien sainement appréciée, malgré les recherches de MM. Ware, Wardrop et Mackensie; si bien que beaucoup de praticiens ont le tort, suivant M. Furnari, de prétendre guérir, par des palliatifs et des moyens purement médicaux, une affection dont le seul traitement, si l'on veut soulager les malades et leur donner l'espoir de conserver l'autre œil, consiste dans l'extirpation totale ou partielle de l'organe qui en est le siége. Mme L....., âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, fut atteinte, il y a une dizaine d'années, d'une choroïdite, à la suite de laquelle les parties externes et profondes de l'œil devinrent le siége de douleurs très-vives. Les antiphlogistiques et un traitement général bien indiqué améliorèrent un peu l'état de la malade; mais les facultés visuelles commencèrent à s'affaiblir, et en 1841, époque à laquelle je la vis pour la première fois, elles étaient complétement éteintes.

L'œil présentait les altérations suivantes: augmentation de volume du globe, conjonctive variqueuse,

sclérotique d'une couleur jaunâtre, offrant à son insertion avec la cornée un peu d'amincissement qui donnait passage à de petites tumeurs bleuâtres pareilles à celles qu'on observe dans les staphylômes du corps ciliaire; la cornée, quoique un peu terne, laissait néanmoins apercevoir l'opacité complète du cristallin, la déformation et le changement de couleur de l'iris. La malade est en proie à des douleurs atroces occupant l'orbite, la joue et la partie latérale du front et de la tête; son sommeil était troublé, sa santé altérée. Connaissant l'inutilité des traitements médicaux dans de pareils cas, je proposai la section du segment antérieur du globe de l'œil; mais la malade ne voulant pas se soumettre à cette opération, réclama les soins d'autres chirurgiens. M. Sichel proposa le traitement employé par Ware, c'est-à-dire la paracentèse; M. Baudens fut du même avis, et il pratiqua la ponction de la sclérotique, afin de vider les humeurs anormales contenues dans la cavité oculaire. Cette opération, quoique bien indiquée pour épargner le globe, n'eut pas les heureux effets qu'on en attendait; le liquide se reproduisit, l'œil devint aussi volumineux qu'auparavant, la tension et les douleurs augmentèrent tellement que la malade était forcée de cacher ses deux yeux avec un bandeau; l'œil sain, devenu photophobique, éprouvait les symptômes d'une amaurose commençante.

Ayant examiné de nouveau la malade avec MM. Bérard, Sichel, Cloquet et Baudens, nous décidâmes que le seul moyen de faire disparaître les douleurs et de conserver l'autre œil, était la section de la partie antérieure de l'organe malade, afin d'obtenir un moignon capable de supporter un œil en émail. Je fis cette opération d'après le procédé ordinaire, le 31 janvier 1844. La cornée fut enlevée, une masse jaunâtre vint faire saillie, projetant en avant le cristallin et sa capsule d'une couleur fortement ambrée. Quelques tractions furent exercées sur cette espèce de bourbillon; tout à coup, un liquide analogue à la bile s'écoula au dehors. L'analyse en fut faite par M. Bouchardat, qui crut reconnaître la matière colorante de cette substance. La malade parut soulagée; mais l'œil n'a pas suppuré; les bords de l'ouverture scléroticale se sont réunis, et six jours après l'opération, le globe était encore très-volumineux; à l'aide d'un couteau à cataracte, je dilatai l'ouverture de la plaie, d'où s'est écoulée une liqueur jaunâtre semblable à la première. Loin de combattre les accidents inflammatoires, j'ai cherché à provoquer la suppuration en introduisant dans la cavité de l'œil, d'après Scarpa, une mèche de charpie que j'ai laissée en permanence pendant plusieurs jours; j'ai également cautérisé plusieurs fois les bords de la plaie. Malgré ces précautions, la suppuration n'eut pas lieu, et le globe est resté assez volumineux. Cette opération n'eut d'autre résultat que de diminuer l'intensité de la douleur et d'arrêter l'amaurose commençante de l'œil droit. Mais dès que la malade voulait se livrer à la moindre occupation, les mouvements de l'œil sain reproduisaient les douleurs avec beaucoup d'intensité. Cet état a duré pendant huit mois. Voyant qu'il n'y avait pas d'espoir d'obtenir par le temps l'atrophie du globe, je me suis décidé à en faire l'extirpation totale d'après le procédé de la ténotomie oculaire. Cette opération, pratiquée le 23 septembre dernier, en présence de M. Charpentier, médecin de la malade, n'a pas été plus longue qu'une simple strabotomie; il n'y eut point d'hémorrhagie ni de réaction fébrile après l'opération : l'état de l'opérée s'est amélioré considérablement.

La dissection de l'œil enlevé nous a offert les particularités suivantes : le nerf optique et le tissu sclérotidien sont parfaitement sains; la rétine est recourbée; dans le centre du globe il y a une poche comme de sang caillé contenant une espèce d'agglomération de tissu cellulaire. A l'ouverture de cette poche nous avons rencontré une proéminence irrégulière, osseuse dans le centre, et fibro-cartilagineuse à sa circonférence. Les enveloppes du cristallin et de sa capsule ayant été retirées lorsque nous avons fait la section du segment antérieur du globe, cette concrétion osseuse ne peut appartenir qu'à la choroïde; d'autant plus que toutes les parties de cette membrane qui sont restées saines sont agglomérées sur la production anormale. Latéralement, la surface osseuse, avec ses enveloppes, est adhérente à la sclérotique par une espèce de cordon blanchâtre, qu'on aurait pris au

premier abord pour le nerf optique, se prolongeant à l'intérieur de la coque oculaire et se terminant dans le cône formé par la rétine désorganisée, ainsi que M. Sichel l'a observé dans quelques cas d'hydropisie sous-choroïdienne. Entre la production anormale et l'ancienne cicatrice, il y a une couche épaisse de fibro-albumineux recouvert de pigmentum, comme on l'observe souvent dans la dissection des yeux atrophiés. (*Gaz. des Hôp.*, octobre 1844.)

OLÉCRANE (*Nouvel appareil pour le traitement des fractures de l'*). Contradictoirement aux opinions reçues, M. Baudens rejette la demi-flexion du membre dans le traitement des fractures de l'olécrâne : il trouve que cette position place le fragment supérieur de la fracture sous l'action incessante du muscle triceps qui le tire en haut, et qu'elle favorise ainsi le développement d'une substance fibreuse intermédiaire aux fragments ; mode de guérison fâcheux qui rend les mouvements du membre moins assurés, et gêne surtout l'extension qui ne s'exécute jamais mieux que lorsque l'olécrâne est très-court, pouvant être alors très-facilement et entièrement reçu dans la cavité olécrânienne de l'humérus. Frappé de ces inconvenients dont il s'est peut-être un peu exagéré la fréquence en tant qu'il en rend responsables les bandages vulgairement employés, comme le huit de chiffre, et le bandage unissant des plaies, M. Baudens a imaginé pour le traitement de ces fractures l'appareil suivant :

Une boîte, un coussin en crin, une compresse graduée et quelques bandes, tels sont les éléments qui entrent dans sa composition. La boîte est formée de trois parois : une inférieure, longue de 40 centimètres, large de 16, et deux latérales, perpendiculaires à la première sur laquelle elles sont immobiles, longues de 40 centimètres et hautes de 14, et percées de deux rangées de trous. Cette caisse est assez longue pour embrasser tout l'avant-bras et le coude jusqu'au-dessus du quart inférieur du bras.

Quand on veut appliquer l'appareil, au lieu de faire reposer la boîte par sa paroi inférieure sur le lit, il faut la renverser sur un des côtés : ainsi la paroi inférieure devient verticale et interne par rapport au membre, et les deux parois latérales deviennent horizontales, l'une supérieure et l'autre inférieure ; cette dernière repose sur le lit. L'avant-bras, tenu dans l'extension et dans une position moyenne entre la supination et la pronation, est placé dans la boîte, qui le reçoit jusqu'au-dessus du coude. La face antérieure du membre se trouve ainsi en rapport avec la paroi interne de la caisse, qui fait fonction d'attelle. Pour éviter une pression douloureuse, cette paroi doit être matelassée avec un coussin en crin qui, dépassant la boîte par son extrémité digitale, servira à soutenir la main du blessé. Le chirurgien applique alors une compresse graduée au-dessus du fragment supérieur de la fracture. Sur cette compresse il fixe, à l'aide d'une épingle, la partie moyenne d'une bande, dont les chefs, engagés directement en haut et en bas dans un des trous des parois supérieure et inférieure de la caisse, sont ramenés sur la paroi interne et noués l'un à l'autre. Cette bande, disposée transversalement sur le fragment supérieur, soutient la compresse graduée et l'empêche d'obéir entièrement à un lien qui, fixé également sur sa partie moyenne, exerce une traction oblique ; ses deux chefs, dirigés en bas et en dedans, étant engagés dans un des trous des parois supérieure et inférieure, puis noués ensemble sur la paroi interne où ils sont ramenés. Ce lacs a pour effet d'abaisser le fragment supérieur et de le maintenir en contact avec le reste de l'os. Si son action n'est pas suffisante, il sera facile d'augmenter la force de traction dans le même sens ; il n'y aura qu'à appliquer une nouvelle bande dont on rendra la direction plus oblique encore, en faisant passer ses extrémités dans les trous plus rapprochés de la main. Enfin, trois ou quatre autres bandes dont les chefs sont engagés dans différents trous de la boîte, servent à soutenir l'avant-bras et la main.

Tout en reconnaissant que cet appareil remplit très-judicieusement les indications les plus importantes pour la guérison de la fracture à laquelle il est reservé, on ne peut s'empêcher d'y voir un inconvénient sérieux, celui de forcer les malades à garder le lit tout le temps nécessaire à la consolidation. Or, ceci est grave pour beaucoup d'individus dont la santé peut se trouver com-

promise par l'inaction longtemps prolongée à laquelle ils se trouvent ainsi condamnés.

L'appareil de M. Baudens, en raison de la situation dans laquelle il place le membre, exige de fréquentes visites de la part du chirurgien, puisque l'auteur veut que tous les cinq jours on fasse exécuter au membre des mouvements de flexion afin de prévenir l'ankylose que l'extension pourrait déterminer si on la maintenait invariablement jusqu'à la fin du traitement. Or, dans certaines localités éloignées de leur centre d'action, les praticiens seraient souvent dans l'impossibilité de remplir cette condition du traitement, que n'imposent pas les bandages beaucoup plus simples que nous avons indiqués en commençant. Ces derniers permettent de plus au blessé de vaquer à ses affaires. Enfin, quelque précaution que prenne M. Baudens de faire soutenir l'olécrâne lorsqu'il fait exécuter au membre les mouvements de flexion, n'est-il pas à craindre qu'il ne tombe dans l'inconvénient qu'il reprochait aux bandages unissants, et qu'il ne produise ainsi un diastasis entre les fragments? (*Gaz. des hôpit.*, octobre, 1844.)

PHOTOPHOBIE SCROFULEUSE (*Bons effets de la ciguë dans la*). Un médecin de Breslau, M. le docteur Seidel, a retiré les meilleurs effets de la ciguë dans la photophobie scrofuleuse. Voici quelle est sa médication, dont il appuie les avantages par huit observations : Prenez extrait récent de ciguë, 2 grammes; sucre, 2 grammes. Faites dissoudre dans eau distillée, 16 grammes. Il fait prendre par jour, selon l'âge, quatre, huit, dix gouttes de cette solution, et pousse la dose jusqu'à 20 et même 25 gouttes chez l'adulte, dans les cas tenaces. Il n'a remarqué aucun effet narcotique à la suite de l'administration de ce remède. (*Annales d'oculistique*, octobre 1844.)

PLAIE PÉNÉTRANTE DU CŒUR (*Introduction d'une aiguille dans le sein droit qui, plus tard, a déterminé une*). L'observation suivante offre un de ces cas rares, en présence desquels toute la sagacité du médecin ne peut manquer d'être en défaut, dans l'impossibilité où il se trouve de pouvoir remonter à la cause essentielle des accidents graves qui se sont successivement renouvelés. Aussi, ces accidents restèrent-ils inexplicables pendant la vie. ***Obs.*** Une couturière de dix-huit ans vint, le 4 août 1842, consulter le docteur Leaming de Philadelphie, pour se faire extraire une aiguille qu'elle supposait avoir pénétré dans son sein droit. L'accident lui était arrivé deux jours auparavant, en se penchant vivement contre une table, où l'aiguille était piquée sur une pièce de vêtement; la malade n'était pourtant pas sûre que le corps étranger fût resté sous la peau, et comme en examinant attentivement la région et en pressant dans tous les sens, le chirurgien ne détermina aucune douleur, il pensa qu'il n'y avait rien à faire. Le 8 septembre, la malade, qui n'avait eu jusque-là ni toux ni dyspnée, offrit, sans s'être exposée à un refroidissement, les signes d'une pleurésie du côté droit. Les antiphlogistiques la guérirent assez promptement. Le 13 février 1843, pneumonie légère à droite et bronchite double. Après la guérison, une toux fatigante persista. Le 10 mars, spasmes du diaphragme. Le 26, vomissements obstinés qui persistent sans aucun autre symptôme, le pouls restant à 80. Le 5 avril, douleurs à la région précordiale. La malade offrit alors tous les symptômes d'une péricardite, avec pouls faible et irrégulier. L'affaiblissement se déclara et fit de rapides progrès, œdème des pieds, pouls imperceptible. Mort, le 27 avril 1843. A l'*autopsie*, les deux poumons sont hépatisés à leur base; le droit adhère à la plèvre costale, le péricarde contient plus d'un pinte de sang fluide, adhérences nombreuses entre les deux surfaces séreuses de cette poche ; le cœur, flasque et petit, ne contient que peu de caillots. En ouvrant le ventricule gauche, on vit la pointe de l'aiguille faisant une saillie d'un quart de pouce de longueur dans l'intérieur de cette cavité. Elle avait traversé la paroi du ventricule droit, puis la cloison médiane; la tête occupait l'épaisseur de la paroi du ventricule droit, l'ouverture qu'elle avait faite semblait complétement fermée par la lymphe coagulable. (*London med. Gaz.*, n^{os} de janv. 1844, et *Gaz. méd. de Paris*, octobre 1844.)

RACHITIS (*Traitement du*) *par l'huile de foie de morue.* Depuis le commencement de l'année, il est entré dans le service de M. Trousseau

un certain nombre d'enfants atteints de rachitis. Chez quelques-uns la mollesse des os était si grande que l'on pouvait aisément faire ployer les fémurs et les avant-bras. Le plus grand nombre des enfants atteints de rachitis ont présenté, outre la mollesse des os, une ampliation notable de la tête, avec persistance anormale, ou développement extraordinaire des fontanelles. En même temps, on remarquait que l'évolution dentaire était singulièrement retardée; plusieurs avaient les dents branlantes ou gâtées prématurément.

Chez tous, M. Trousseau a pu constater, et faire constater par les personnes qui suivaient sa visite, une hypertrophie notable du foie, et un épanchement séreux très-abondant dans le péritoine. Il est assez remarquable que, chez la plupart de ces petits malades, les fonctions digestives semblaient n'avoir subi aucune modification fâcheuse.

Tous les enfants éprouvaient de vives douleurs, dont le siége ne pouvait être bien déterminé. Mais ces douleurs s'exaspéraient à chaque mouvement, et surtout quand on voulait les mettre sur leurs pieds.

Le défaut d'allaitement a été indiqué comme la cause la plus ordinaire du rachitis; les observations de M. Trousseau concordent avec cette opinion.

Il y a encore peu de temps, les moyens thérapeutiques employés contre le rachitis étaient fort bornés et surtout stériles. Le *Bulletin de Thérapeutique*, le premier en France, a fait connaître l'usage de l'huile de foie de morue. Le doute et même la plaisanterie accueillirent ses publications à ce sujet, mais voilà qu'aujourd'hui cette médication se généralise et que ses avantages sont de jour en jour plus appréciés.

L'huile de foie de morue, dit M. Trousseau, peut presque tenir lieu de tout, et ses effets sont quelquefois tellement rapides, que, dans quelques cas on ne peut y croire. Il a vu dans son service un jeune enfant de vingt mois, dans le dernier degré du rachitis, toujours couché ou assis sur une chaise à traverse antérieure, ne pouvant faire un mouvement sans témoigner une vive douleur. Après dix jours de traitement, il avait cessé de souffrir, son échine s'était redressée, il essayait de marcher. Cinq jours plus tard, il marchait en se tenant aux chaises, et il avait presque retrouvé sa gaieté. Or, rien n'avait été changé au régime qu'il suivait chez lui; le séjour d'une salle d'hôpital ne peut, à bon droit, être regardé comme une condition favorable; on ne peut donc guère refuser à l'huile de foie de morue l'honneur de cette curation. Chez le plus grand nombre des enfants, il y a de l'amendement au bout de huit ou dix jours de traitement, si toutefois l'huile est prise en suffisante quantité et tolérée par l'estomac. Il est rare qu'après deux semaines de traitement on ne puisse constater un grand progrès; enfin, chez presque tous, les os sont consolidés, et quelquefois même redressés, après un mois et tout au plus six semaines de traitement.

La diminution des douleurs est le premier signe favorable que l'on observe; et cette diminution peut quelquefois se constater dès le quatrième ou le cinquième jour. L'hypertrophie du foie et l'ascite disparaissent en dernier lieu. Est-ce à dire que tous les petits malades guérissent? Non, certes; mais il en est bien peu dont l'état ne s'amende, à moins pourtant que de graves accidents du côté du tube digestif ne viennent opposer un invincible obstacle.

L'huile de foie de morue se donne ordinairement incorporée à du sirop ou à des confitures, pour les enfants de un à deux ans; et le rachitis s'observe rarement plus tôt que cela; la dose est de 1 à 10 grammes par jour; jamais M. Trousseau ne dépasse cette dose; il l'augmente s'il a à traiter des enfants plus avancés dans la vie.

L'alimentation occupe un rang très-important dans le traitement du rachitis, et le choix des aliments est bien éloigné de celui que conseillent en général les médecins. M. Guérin a très-bien démontré que, chez les jeunes enfants, l'insuffisance de l'allaitement et l'usage du jus de viande et de la viande étaient la condition la plus ordinaire du développement du rachitis, et tandis que, par un préjugé fâcheux, les médecins en général défendaient le lait et prescrivaient la viande aux rachitiques, M. Guérin fit précisément le contraire. Dans son hôpital et dans sa clientèle, M. Trousseau a complétement adopté cette pratique, dont il retire de grands avantages.

Du reste, jamais ou presque ja-

mais M. Trousseau n'emploie les moyens orthopédiques. Le plus souvent les incurvations des membres diminuent naturellement, en même temps que les forces se rétablissent. Dans quelques cas rares, et pendant quelques jours seulement, M. Trousseau fait porter aux enfants un bandage capable de maintenir une articulation dans de meilleurs rapports; mais dès que les forces sont suffisantes, il s'en remet à la nature du soin de réparer des déviations qui, le plus ordinairement, s'atténuent au point de ne pas causer de gêne. Il lui a semblé que les appareils orthopédiques, par leur poids, par la pression qu'ils exercent sur les muscles et sur les os, étaient un obstacle à la restitution des forces et à la réparation des parties. (*Journ. de Médecine*, novembre 1844.)

TÆNIA (*Considérations sur le traitement du*) *par l'écorce de racine de grenadier*. Cette nouvelle publication de M. Mérat qui, le premier, en France, a fait connaître ce traitement, a pour but de répondre à quelques objections de M. le docteur Ronzel père, qui a beaucoup préconisé le traitement par la racine de fougère mâle. La racine de grenadier ne manque jamais son effet, dit M. Mérat, dont une expérience de vingt-quatre années doit être écoutée, toutes les fois que le malade qui a rendu des anneaux de tænia, la veille ou le jour même, prendra la décoction de 60 grammes d'écorce de racine fraîche de grenadier cultivé, dans 750 grammes d'eau réduite à 500 grammes, en trois fois, à une demi-heure de distance. Constamment ce malade rendra son ver entier, en une ou plusieurs fois, dans les vingt-quatre heures, et n'aura jamais de récidive à craindre. Voilà ce qu'une longue pratique lui a appris, sans un exemple contraire, en observant ces conditions. Les insuccès proviennent tantôt de ce qu'on se sert de racine sèche (qui réussit pourtant dans environ moitié des cas, selon M. Mérat, et toujours selon M. Laffargue), souvent altérée, mêlée d'autres écorces; d'autres fois de ce que les malades n'ont rendu des portions de ver que depuis un certain temps; d'autres fois de ce qu'on a fractionné la dose du médicament, ou qu'on y a associé des purgatifs, ou qu'on en a donné avant, etc.; en un mot, de ce qu'on n'a pas fait le traitement tel qu'il doit l'être. On attribue alors à la méthode ce qui est le résultat de la faute du médecin ou du malade.

M. Mérat a l'habitude, pour assurer le succès de la méthode, de faire acheter un grenadier vivant chez nos jardiniers (il faut qu'il ait au moins huit à dix ans pour fournir deux onces d'écorce de racine), et d'en faire séparer l'écorce chez le malade même, le jour ou au plus tard le lendemain du jour où il a rendu des anneaux de tænia; on l'emploie de suite de la manière indiquée plus haut.

Cependant M. Mérat convient que dans les campagnes du centre de la France et du Nord, où on ne possède pas de grenadier, on peut employer les propriétés tænifuges de la fougère mâle, racine qui est bien moins dispendieuse que celle de grenadier, et qui, administrée suivant le procédé de M. Rouzel, c'est-à-dire récente, séchée et mise en poudre, et donnée à grande dose (15 à 30 grammes), peut y suppléer jusqu'à un certain point. C'est un succédané qu'il préfère à tous ceux qu'on a préconisés, et qu'on peut se procurer par toute la France et en toutes saisons. (*Revue médicale*, septembre 1844.)

TÉTANOS TRAUMATIQUE (*Traitement et guérison par l'émétique à haute dose d'un cas de*). Il est à désirer que le fait que nous allons rapporter, d'après M. Allut, médecin à Alais, soit connu des praticiens : il pourra, en présence d'une de ces maladies qui se terminent trop souvent par la mort, leur être d'un grand secours; il les encouragera certainement à expérimenter le médicament dont il s'agit. Jacques Tolouré, âgé de vingt-neuf ans, eut le 22 février le bras gauche pressé entre le sol et une poulie d'un mètre de diamètre; on arrêta immédiatement la roue, on le retira de là et l'on découvrit trois plaies, l'une à la partie externe et inférieure de l'humérus, les deux autres à la partie supérieure et interne du cubitus.

On fit venir un médecin qui lui donna ses soins pendant quinze jours; les plaies marchaient déjà vers la cicatrisation, lorsque le 15 mars il survint des douleurs sourdes dans l'avant-bras. Le lendemain, le trismus se déclare, accompagné de la rigidité du cou et du tronc; les membres se raidissent, deviennent immobiles,

l'insomnie s'empare du malade, et s'il vient à s'assoupir un moment, il éprouve des soubresauts tellement violents, qu'il se réveille en sursaut et pousse des cris perçants. Dès ce moment, M. Serres d'Uzès fut appelé; il fit appliquer vingt sangsues à la partie antérieure du cou, un large vésicatoire à la nuque; il employa l'opium à haute dose, l'huile de ricin fut administrée en même temps, sans faire éprouver au malade le moindre soulagement. A cette époque, M. Serres, obligé de s'absenter, me confia ce malade que j'allai visiter avec lui le 20 mars.

Les 21, 22, 23, je continuai le traitement par l'opium (5 centigrammes toutes les heures), je lis une saignée de quatre palettes, qui parut soulager momentanément; mais le lendemain le trismus avait augmenté d'intensité et le malade accusait des douleurs insupportables dans toute la colonne vertébrale (15 sangsues au cou, liniment térébenthiné et laudanisé le long du rachis; opium à l'intérieur, lavement matin et soir, avec 75 centigrammes de camphre et 50 centigrammes de musc). Le 23 même traitement. Le 26 je suspends les lavements avec le musc, et je fais usage de 30 gouttes de teinture de nicotiane dans 240 grammes de décoction de manno pour un lavement; le malade en prend trois dans la journée, et les symptômes ne font que s'aggraver.

Me rappelant alors avoir lu dans le Dictionnaire du docteur Fabre, qu'il était surprenant qu'aucun praticien n'eût jamais employé l'émétique à haute dose dans le tétanos, je me décidai, en désespoir de cause, à en faire promptement usage; le 27 je prescrivis 40 centigrammes d'émétique dans 120 grammes d'infusion de fleurs d'arnica, avec addition de 30 grammes de sirop diacode à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures. Voulant surveiller l'emploi de ce moyen énergique, je revins chez mon malade quatre heures après, et je fus fort surpris de le trouver dans un état beaucoup plus satisfaisant : le trismus commençait à diminuer d'intensité, la rigidité du cou et des muscles du bas-ventre était moins grande; mais ce qui me donna le plus grand espoir de le sauver de cette maladie presque toujours mortelle, ce fut le retour des urines, qui étaient pour ainsi dire supprimées (il n'urinait qu'une fois toutes les 24 heures et en très-petite quantité). Je continuai la même prescription jusqu'au 4 avril, et ne m'arrêtai que lorsque je fus convaincu que le malade était hors de danger.

Toulouré a pris, dans l'espace de huit jours, 3 grammes 50 centigrammes d'émétique sans éprouver de vomissements et n'a été qu'une fois par jour à la garderobe. (*Journ. de chirurgie*, octobre 1844.)

TRANSPOSITION DU SENS DE LA VUE (*Observation de*). Si le médecin qui rapporte ce fait n'était pas très-honorablement connu comme observateur digne de foi et d'estime, nous nous garderions bien de le reproduire. Mais quand un homme instruit et consciencieux vient dire : Voilà ce que j'ai vu, la presse n'assume aucune responsabilité en reproduisant un fait dont elle laisse toute la garantie à son auteur. C'est ce que nous allons faire à l'égard du fait suivant, rapporté par M. le docteur Encontre, de Montauban.

M....., âgé de quatorze ans, assez fortement constitué, fit peut-être abus des bains de Barèges, où il avait été envoyé pour des croûtes à la tête. Des signes d'excitation générale se manifestèrent. De retour à Montauban, il éprouva des indispositions plus marquées, des douleurs de tête, des vertiges fréquents. Un jour, M.... tombe de sa hauteur, soudainement, sans cause connue, et paraît dans un état léthargique qui cède à un lavement émétique et à un pédiluve très-chaud. Le dimanche suivant, le malade tombe de la même manière; mais au lieu d'un état léthargique, c'est au contraire une grande agitation, qui semble tenir de la manie, qu'on observe. Il fait diverses singeries; il se précipite sur un sofa comme s'il plongeait dans la rivière, et fait les mouvements comme pour nager; tantôt il veut faire la cabriole sur le pavé, puis il rit d'un air niais. Parcourant de ses mains le chambranle de la cheminée, il y trouve en tâtonnant (car il a les yeux fermés), une grosse poire qu'il mange avec avidité; au bout de deux heures il revient à son état naturel.

La même scène se renouvelle les jours suivants, mais sans périodicité. Le malade éprouve brusquement une contraction générale de tous les muscles. Un court gémissement accompagne ces contractions; après quoi les muscles reprennent leur état na-

turel, et le malade, tantôt agité, tantôt calme, cherche à s'amuser en variant ses jeux. Le petit-lait, les bains, la valériane, le musc, divers autres antispasmodiques sont employés sans succès.

Bientôt des phénomènes plus extraordinaires se manifestent. On s'aperçut un jour, dans un des paroxysmes, que le malade ayant pris un cahier, écrivait (sans y voir, puisque dans tous ses accès il avait les yeux fermés) les temps d'un verbe grec. Grande surprise! mais l'étonnement fut à son comble lorsqu'on vint à découvrir qu'il lisait aussi les yeux fermés. Le même phénomène se reproduisit plusieurs fois, et l'auteur qui n'en avait pas encore été témoin, et qui, malgré les affirmations de la famille, refusait d'y croire, fut appelé dès l'invasion du premier accès suivant. Il trouva le malade dans l'état qui suit : habitude du corps naturelle; les yeux complètement fermés; les paupières pouvaient cependant être facilement séparées, et l'on voyait alors le globe de l'œil dévié de sa position normale. Disposé à correspondre avec les personnes qui l'entouraient, M... faisait divers signes, mais ne parlait point; il n'articulait que des sons dont la signification était inconnue; l'ouïe était complètement perdue; il n'entendait pas le bruit soudain de deux inquarto reliés se heurtant violemment derrière lui, et le canon qui, un jour de réjouissance publique, tirait presque sous ses fenêtres, en ébranlait les vitres et imprimait une secousse à tous les assistants; ne produisait pas sur lui la plus légère impression.

Mais si le sens de l'ouïe était intercepté, par contre l'odorat acquérait une finesse et une exaltation merveilleuses. Le malade, marchant les yeux fermés, *flairait* continuellement et paraissait *sentir* les objets qui étaient sur son passage, et qu'il évitait aussi soigneusement que s'il eût eu les yeux ouverts; et d'autres fois il est monté sur le toit de sa maison et s'y est promené, mettant sa famille dans les transes les plus cruelles. Et telle était l'exquise sensibilité de l'odorat, que, au rapport de ses parents, il lui est arrivé de discerner, à l'aide de ce sens, certaines personnes qu'il voyait habituellement. Ce qu'il y a de positif, dit l'auteur, c'est une prodigieuse exaltation de l'odorat, une complète surdité et une transposition du sens de la vue dans la main; c'est par la main qu'il voyait. Du reste le pouls était naturel et la santé généralement bonne.

L'attaque terminée, M... paraissait aussi calme que s'il n'avait rien éprouvé, et ne conservait aucun souvenir de ce qui venait de se passer. Mais dans le paroxysme il avait la conscience de son état, et se souvenait alors des attaques précédentes. Il a même prétendu connaître d'avance la nature, la durée de celles qui suivraient; l'évènement a prouvé que ces prédictions étaient tout à fait hasardées.

Quant à la transposition du sens de la vue, nous allons laisser parler l'auteur : « On avait allumé des chandelles, et nous étions au premier étage de la maison. J'écris à une certaine distance du malade (tout à fait hors de la portée des yeux les plus clairvoyants), cette question : *Mon cher ami, veux-tu que nous descendions pour chanter ?* Un piano se trouvait au rez-de-chaussée : on emporte les chandelles. Le jeune M... est conduit vers une table; on lui met à la main un crayon et le papier sur lequel je venais d'écrire; il applique le papier sur la table, presse rapidement le plat de la main sur ce que j'avais écrit, et écrit lui-même précipitamment ces mots, en réponse à ma question : *Je le veux bien*. Aussitôt, quittant le papier et le crayon, il part, se dirige vers l'escalier, et descend avec la vitesse d'un trait qui fend l'air. Nous le suivons étonnés, et nous le trouvons assis devant le piano que, du reste, il ne touchait pas, n'étant musicien en aucune manière. Ma surprise fut à son comble, et mes hésitations de quelques jours tombèrent devant cette expérience bien simple, mais concluante. »

L'auteur ne se borna pas cependant à cette seule expérience, et il donne le récit de toutes celles qu'il tenta. Ainsi le malade a toujours su l'heure qu'il était en lui appliquant une montre le verre tourné vers la paume de la main. On banda, on tamponna les yeux du malade, on interposa entre ses yeux et le livre à lire, un carton, et l'expérience réussit également. Nous abrégeons le long exposé fait par l'auteur de toutes les tentatives qui furent faites pour bien s'assurer qu'il n'était pas la dupe d'une supercherie; sa foi est complète et entière sur ce point.

Les paroxysmes ont continué plusieurs mois, malgré tous les remèdes, dont quelques-uns fort dégoûtants, que se prescrivait lui-même le malade; puis ils se sont affaiblis par degrés, sont devenus plus rares, et ont enfin entièrement disparu.

L'auteur termine son récit par des considérations fort étendues, par lesquelles il cherche à expliquer la surnaturalité du phénomène. Nous ne le suivrons pas dans cette voie. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1844.)

VAGINITE GRANULEUSE (*Considérations sur la*). C'est à tort, il nous semble, que l'auteur de ce travail, M. Déville, assure que la vaginite granuleuse a été passée entièrement sous silence par les auteurs. M. Ricord a mentionné cette forme de vaginite sous le nom de vaginite papuleuse ou psorélytrie; elle est indiquée par MM. Blatin et Nivet; les auteurs de la *Bibliothèque du médecin praticien* en font aussi mention. Cette réserve faite, nous reconnaissons que personne n'en avait donné une description isolée aussi complète que M. Déville. Voici le résumé de cette monographie.

La vaginite granuleuse est une maladie du vagin, de forme essentiellement chronique, se montrant principalement chez les femmes enceintes, mais pouvant exister chez d'autres femmes, caractérisée par le développement sur le vagin de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt éparses et isolées sur le vagin, tantôt et presque toujours confluentes, occupant soit une partie limitée, soit la totalité du vagin, depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col utérin, qu'elles envahissent même parfois, accompagnée d'un écoulement vaginal purulent, abondant, plus ou moins verdâtre. Ces granulations paraissent identiques à celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col de l'utérus nommées par Dugès et Boivin *métrite granuleuse;* seulement, sur le vagin, elles acquièrent d'habitude plus de volume.

M. Déville n'a pu déterminer encore dans quel élément des parties constitutives du vagin siégent ces granulations. Il ne pense pas qu'elles occupent des follicules, attendu que les recherches de M. Giraldès sur l'anatomie des tissus, ne lui ont jamais fait découvrir de follicules dans la partie supérieure du vagin, là où existent principalement les granulations.

Les causes de cette vaginite sont fort obscures. Plus de la moitié des cas ont été observés sur des femmes de vingt à vingt-quatre ans. Le tempérament et la constitution des malades n'ont paru avoir aucune influence. Aucune des malades n'avait eu d'antécédents syphilitiques, et il n'y a aucune induction à tirer de l'état de la santé antérieure. L'état des règles n'a contribué en rien au développement de la maladie. Neuf malades sur quatorze étaient enceintes, et la maladie paraissait toujours ou presque toujours avoir commencé avec la grossesse, ou depuis son début, sans autre cause efficiente. Cinq n'étaient pas enceintes: quatre avaient eu des grossesses; sur une seule les renseignements manquent à cet égard. Neuf avaient eu des flueurs blanches antérieures. De ces chiffres, M. Déville conclut que l'état de grossesse et les flueurs blanches ont une influence marquée sur la production de la maladie.

Quant aux symptômes, anatomiquement, la vaginite granuleuse n'offre qu'un seul symptôme, mais il est caractéristique : nous voulons parler des granulations. Celles-ci consistent en de petites saillies rougeâtres, on d'un rouge vif, d'un diamètre qui varie entre un demi-millimètre et deux millimètres. Leur forme est le plus souvent celle d'une demi-sphère adhérente par sa base; mais, quelquefois, elles acquièrent un développement bien plus grand : elles s'allongent et prennent la forme de petits cylindres; ce dernier cas est peu commun, et, quand il existe, la vaginite présente alors le degré le plus élevé qu'elle puisse atteindre. Le nombre des granulations, toujours extrêmement grand, varie cependant selon les cas: ainsi, tantôt elles sont isolées et éparses sur le vagin, tantôt elles sont confluentes, et parfois à un degré tel, qu'elles se compriment mutuellement et se déplacent, si elles ont assez de longueur pour cela : entre ces deux extrêmes existent tous les intermédiaires. Le siége est d'habitude dans toute la hauteur du vagin. Il est assez commun de ne trouver des granulations qu'en haut du vagin, et sur sa face postérieure surtout; c'est ce qui arrive dans les cas où elles sont en petit nombre. A

la partie inférieure, lorsque la maladie est confluente, les granulations commencent à apparaître avec le vagin, c'est-à-dire au niveau même des caroncules myrtiformes, et parfois on en trouve jusque sur ces caroncules. Par en haut, presque toujours les granulations arrivent jusqu'au pourtour du col, et elles ne s'y arrêtent pas constamment; assez souvent elles envahissent le col, mais dans sa partie externe seulement.

Les symptômes fonctionnels consistent seulement dans l'exagération de la sécrétion. L'écoulement, lorsqu'il est pur, consiste dans la sécrétion d'un liquide ténu, non visqueux, assez épais, crémeux même, d'une couleur qui varie entre le jaunâtre et le verdâtre. Cet écoulement est un des caractères constants de la vaginite granuleuse; il ne manque jamais; il est seulement plus ou moins abondant, et, dans le cas où les granulations ont leurs bases distinctes, il en résulte un aspect singulier: c'est, lorsqu'on examine au spéculum, un aspect verdâtre ou blanc sale du fond du vagin, sur lequel ressortent de petits puluts rouges, qui ne sont autre chose que le sommet des granulations. Lorsque la vaginite existe depuis quelque temps, elle peut se compliquer de végétations sur les parties externes de la génération.

M. Déville assure que la vaginite granuleuse peut déterminer des écoulements chez l'homme qui a des rapports avec une femme qui en est atteinte; cette maladie n'exerce aucune influence fâcheuse sur la grossesse.

Quant au traitement, les injections de nitrate d'argent (5 centigrammes sur 30 grammes d'eau distillée), sont le seul moyen que recommande M. Déville; il les a toujours vues réussir quand elles ont été faites convenablement et pendant un temps suffisant. L'état de grossesse n'en contre-indique pas l'emploi; on ne les abandonne que lorsque les malades sont arrivées à terme. (*Arch. de méd.*, juillet et août 1844.)

VALÉRIANATE DE QUININE (*De l'emploi thérapeutique du) dans les fièvres et les névralgies intermittentes.* Nous avons déjà rendu compte des recherches intéressantes de M. le docteur Devay sur le valérianate de zinc. Il appelle aujourd'hui l'attention des praticiens sur une nouvelle combinaison de l'acide valérianique avec un alcali végétal, sur le valérianate de quinine. A *priori* on est porté à bien augurer de cette alliance du principe le plus actif de la valériane avec le principe médicamenteux du plus puissant de nos produits exotiques. La vérification clinique, dit M. Devay, justifie pleinement cette prévision. Le valérianate de quinine, à petites doses, est un antipériodique très-efficace, supérieur, d'après l'auteur, au sulfate, par ses propriétés névro-sthéniques. Dans le nouveau produit, la quinine est mitigée par son association intime avec un acide végétal qui joint aussi son action doucement perturbatrice sur le système nerveux, à celle éminemment spécifique du produit de l'écorce du Pérou. De même, comme l'auteur le dit dans son premier travail, que le valérianate de zinc est un antispasmodique élevé à la plus haute puissance, ainsi le valérianate de quinine est un médicament dont les propriétés antipériodiques sont au *summum* d'énergie. Mais, une condition essentielle, c'est que le médicament soit bien préparé, et à cet égard M. Devay indique un mode de préparation qui a déjà trouvé place dans ce journal.

Le mémoire de M. Devay renferme quatorze observations. Elles ne sont pas toutes intéressantes au même degré; nous n'indiquerons que les principales, laissant de côté les fièvres intermittentes simples, où l'action seule du sulfate de quinine nous paraîtrait avoir eu le même succès. Dans tous ces cas, du reste, une faible dose de valérianate de quinine, 10, 15, 20 centigrammes, a suffi pour enrayer les accidents.

Voici un cas où il s'agit d'une fièvre quotidienne, avec cachexie générale, etc. Joach. Garin, âgé de douze ans, arrivant d'Afrique, entre à l'hôpital le 17 septembre. Après avoir eu la fièvre à différentes reprises, il fut contraint par la mort de son père de quitter l'Algérie, il y a environ un mois, avec ses deux frères, sa sœur et sa mère. Depuis Toulon jusqu'à son arrivée à Lyon, cette triste famille a fait ses étapes dans les hôpitaux. Le jour de son entrée nous constatons l'état suivant: facies pâle et bouffi *sui generis*, le ventre est tendu; la percussion de la région splénique fait reconnaître un énorme volume de la rate; infiltration des extrémités inférieures et du scrotum, qui est tendu

et luisant; pouls accéléré, chaleur âcre et mordicante de la peau. Il y a un accès de fièvre dont le frisson commence à huit heures du matin; la rémission n'a lieu qu'à une heure du matin.

Prescription : 30 centigrammes de valérianate à prendre dès une heure du matin; frictions sur le ventre et les cuisses avec le liniment suivant: huile d'olive 60 grammes; valérianate de quinine 40 centigrammes; tisane de petite centaurée. Ces moyens sont continués jusqu'au 24 septemb. Dès le 18 il n'y a plus d'accès; le 21 le ventre commence à diminuer de volume; le 29 le scrotum était revenu à l'état naturel. Le 3 octobre, ce jeune malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Voici un cas de fièvre intermittente, pernicieuse, délirante, où le succès du médicament est éclatant. Un homme de quarante-six ans entre, le 1er septembre, dans la salle Sainte-Marie, et y est couché au nº 20. Ce malade dit éprouver depuis dix jours, tous les matins, des frissons suivis de chaleur et de sueurs; le reste de la journée le pouls demeure fréquent. Lors de l'examen d'entrée, nous constatons de l'incertitude dans les réponses de cet homme; il accuse de plus une douleur assez vive dans les muscles de la région postérieure du cou; faiblesse musculaire générale. Le 2, vers la fin de la nuit, le malade est saisi d'un violent frisson; le faciès se décompose; délire furieux, qui oblige la sœur veilleuse à réclamer l'assistance de quelques malades pour lui mettre la camisole de force; une grande agitation persiste jusqu'à la visite du lendemain. Le 3, nous trouvons le malade très-abattu, mais il a repris toute sa connaissance. Sa peau est sudorale; le pouls est concentré et s'élève à 96 environ. (Prescript. : 40 centigrammes de valérianate de quinine à prendre dans la journée dans un julep gommeux; deux vésicatoires aux cuisses). Le 4, la nuit a été assez bonne; le malade a ressenti un léger frisson, qui a bientôt avorté; le sommeil seulement a été interrompu. Le faciès est toujours un peu décomposé, la faiblesse persiste (continuation du valérianate). Le 7, convalescence; sortie le 12.

Le même médicament, à la même dose, a très-bien réussi dans une fièvre intermittente soporeuse, dans une variole confluente avec symptômes ataxiques, dans une fièvre ataxo-adynamique. M. Devay en a retiré aussi de bons avantages dans deux cas de névralgie intermittente qui avaient résisté aux antinévralgiques ordinaires.

Malgré les quatorze succès relatés dans ce travail, succès qui prouvent incontestablement l'efficacité du valérianate de quinine et qui indiquent que ce médicament peut devenir une acquisition utile pour la thérapeutique, nous devons néanmoins reconnaître qu'il n'y a pas un seul de ces cas qui ne nous parût pouvoir être modifié aussi avantageusement par le sulfate de quinine seul que par la préparation nouvelle. C'est donc avec une certaine réserve et en sollicitant surtout une expérimentation plus large que nous reproduisons ici les conclusions formulées par M. Devay, savoir : 1º que le valérianate de quinine est un antipériodique *supérieur* au sulfate de quinine par ses propriétés névrosthéniques, et parce qu'il agit à plus petites doses; 2º que son administration pure et simple *équivaut* à celle du quinquina et à des nervins combinés; 3º qu'il est appelé à rendre, dans les fièvres de mauvais caractère (ataxiques-malignes), les services les plus éminents par ses propriétés spécifiques. (*Gaz. Méd. de Paris*, octobre 1844.)

VARIÉTÉS.

Vote de l'Académie de médecine sur la discussion entre M. Malgaigne et M. J. Guérin. — Cette grande lutte, qui a duré près de dix-huit mois, qui a présenté des incidents si divers et si extraordinaires, vient enfin de se terminer. L'Académie de médecine, le seul tribunal devant lequel la question eût dû être portée, a rendu son jugement

après deux grandes séances de débats animés et pleins d'intérêt. Nous avons fait connaître à nos lecteurs les incidents judiciaires de ce procès, ils doivent être instruits aussi, au moins dans leurs résultats, des incidents scientifiques qui viennent de clore le débat.

Sans revenir sur l'historique de l'affaire, nos lecteurs se rappelleront qu'au mois de juillet 1843, M. J. Guérin publia un relevé statistique de sa clinique orthopédique à l'hôpital des Enfants. Ce relevé contenait des résultats si extraordinaires et si inattendus, que l'attention des chirurgiens en fut vivement préoccupée. L'un d'eux, M. Malgaigne, après avoir vainement et à plusieurs reprises sollicité de M. Guérin des renseignements précis sur les faits indiqués par son relevé, se mit à la recherche de ces faits; il visita et examina tous les malades qu'il put rencontrer ou qui voulurent se prêter à son examen; et, à son grand étonnement, qui fut bientôt partagé par le public médical, il ne trouva pas une seule des ces guérisons annoncées dans le relevé. M. Malgaigne eut le courage de publier les résultats de ses recherches, et l'on sait que M. Guérin répondit à cette publication par un procès en police correctionnelle. On sait aussi que les tribunaux renvoyèrent M. Malgaigne de la plainte, et qu'ils punirent seulement M. Vidal (de Cassis) d'avoir eu raison avec trop d'esprit.

M. Malgaigne, ne voulant pas que le plus léger doute pût exister sur sa véracité, et déterminé d'ailleurs à soumettre la question à ses seuls juges naturels, présenta un mémoire à l'Académie de médecine, dans lequel il exposait vingt-quatre cas de myotomie rachidienne opérés par M. Guérin, dans son hôpital, et qui infirmaient radicalement les magnifiques résultats annoncés par le relevé.

Après plusieurs incidents fort curieux, malgré des efforts inouïs mais infructueux pour que l'Académie déclinât sa compétence, une commission fut nommée pour examiner le travail de M. Malgaigne. Cette commission, composée de MM. Roux, Velpeau et Baudelocque, se mit à l'œuvre au milieu des obstacles, qui ne l'empêchèrent pas néanmoins de recueillir des faits en assez grand nombre et assez précis pour faire son rapport.

Ce rapport, présenté par l'organe de M. Velpeau, a réuni toutes les conditions que l'on devait attendre d'une commission composée d'hommes si honorables. Il a été calme, modéré, scientifique, mais ferme et fort explicite dans ses conclusions. Il a déclaré avoir vu la plupart des cas rapportés par M. Malgaigne, en avoir vérifié l'exactitude, en avoir contrôlé les assertions, et, réservant la question définitive de l'utilité pratique de la myotomie pour un temps plus reculé, il a conclu que les faits connus jusqu'ici ne lui étaient pas favorables, et que M. Malgaigne avait dit la vérité.

Deux séances ont été consacrées à la discussion de ce rapport. M. Guérin s'est seul présenté pour le combattre, et il l'a fait avec plus de talent que de succès. M. Velpeau, dans deux brillantes improvisations, a renversé de fond en comble l'argumentation de M. Guérin, et, après de légères modifications apportées aux conclusions, l'Académie a procédé à un vote solennel, en décidant que des remerciements seraient adressés à M. Malgaigne, et que son mémoire serait inséré dans le Bulletin de l'Académie.

Ainsi s'est terminée cette affaire qui a eu un grand retentissement, et qui sera, nous l'espérons, un utile et sévère avertissement. Dans cette circonstance, l'Académie de médecine, en restant fidèle à sa haute mission scientifique, en se souvenant qu'elle devait être avant tout la vigilante gardienne de la dignité et de la véracité médicales, vient d'acquérir de nouveaux droits à la reconnaissance du corps médical. Sa décision, grave et solennelle comme les décisions de la justice, aura certainement une immense influence.

— Les inscriptions prises à la Faculté de Médecine de Paris, au 15 novembre, s'élèvent au chiffre total de 800. L'année dernière, à pareille époque, le nombre était de 749. Il y a donc pour cette annés 51 inscriptions de plus. Dans les 800 inscriptions, il y en a 251 nouvelles, qui se répartissent de la manière suivante : élèves commençant l'étude de la médecine, 199; élèves venant des diverses écoles préparatoires, 43 ; élèves venant des autres Facultés, 6.

— La ville de Paris va construire un vaste hôpital, l'hôpital Louis-Philippe, sur la rive droite de la Seine. Le lieu est désigné : on a choisi les terrains situés à l'extrémité nord des rues du faubourg Saint-Denis et Saint-Martin, près du débarcadère du chemin de fer de Belgique.

Nouvelles chaires à Strasbourg. — Une chaire de médecine opératoire et une seconde chaire de clinique interne ont été créées à la Faculté de Strasbourg. M. le docteur Marchal fils a été nommé à la première, et M. le docteur Schutzenberger à la seconde.

— L'hôpital de Guy, à Londres, doit son existence à la munificence d'un libraire, appelé Guy, dont la fortune était si énorme, qu'elle suffit seule à l'entretien de cet hôpital, qui reçoit annuellement au delà de 3,000 malades, et où environ 20,000 personnes se présentent, chaque année, aux consultations gratuites.

— MM. les docteurs Vigla, Béhier et Vernois, viennent, à la suite d'un concours, d'être nommés médecins du bureau central des hôpitaux.

— M. Ballard, chimiste aussi savant que modeste, auquel la science doit la découverte du brôme, vient d'être nommé membre de l'Académie des sciences, section de chimie, en remplacement de M. D'Arcet.

Société de médecine de Nîmes. — Dans sa séance du 9 octobre 1844, la Société a mis au concours la question suivante : *Apprécier la valeur réelle des services rendus par l'étude des lésions matérielles, dans le traitement des maladies du système lymphatique.* Le prix sera *une médaille d'or* de la valeur de *cent francs.* Ce prix devant être décerné dans le courant du mois de janvier 1846, les mémoires devront être adressés, *franc de port* et dans les formes académiques, au plus tard le 15 novembre 1845, à M. le docteur Froment jeune, secrétaire-général, boulevard des Calquières, n° 20.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par M. Forget, professeur de la Faculté de Strasbourg.

Dans un précédent travail (1) nous avons exposé les effets avantageux de l'opium, et spécialement de l'acétate de morphine, dans le traitement du catarrhe pulmonaire; nous avons fait pressentir alors que l'opium pouvait procurer d'heureux résultats pour d'autres affections de poitrine dans lesquelles le catarrhe lui-même peut jouer un rôle important. Les affections dont nous voulions parler sont précisément celles dont nous nous occupons aujourd'hui, de sorte que le travail actuel n'est que la continuation, le complément pour ainsi dire naturel et obligé de celui qui l'a précédé.

Bien que dépendant le plus souvent l'une de l'autre, l'hémoptysie et la phthisie pulmonaire peuvent cependant apparaître et se développer isolément; c'est ce qui nous détermine à consacrer un article à chacune d'elles; autrement nous eussions pu suivre l'usage où l'on est de considérer l'hémoptysie comme un épiphénomène, un symptôme, un accident de la phthisie elle-même, et de l'étudier à l'occasion de cette dernière.

ARTICLE I. *De l'opium dans le traitement de l'hémoptysie.*

L'opinion légitime qui fait considérer l'opium comme favorisant les congestions sanguines, semblerait dès l'abord devoir exclure ce médicament de la thérapeutique des hémorrhagies en général et de l'hémoptysie en particulier; mais, indépendamment de ce que l'expérience pure a démontré l'efficacité de ce moyen dans certains cas d'effusion sanguine, la doctrine des éléments, telle que nous l'avons formulée, non-seulement permet de concevoir ces effets, mais encore nous autorise à spécifier pour ainsi dire *à priori* quels sont les cas où l'opium peut trouver des applications utiles.

Un de nos savants confrères a publié dans ce journal (numéro de novembre 1843) un intéressant travail sur l'efficacité de l'opium dans l'hémorrhagie utérine liée à la *mobilité nerveuse.* Or, les indications de ce genre ont été déjà très-bien spécifiées par quelques auteurs anciens. Ainsi Boerhaave et son commentateur Van Swiéten ont constaté les avantages de l'opium précisément dans la métrorrhagie; mais en

(1) Voyez livraison d'avril 1844, tome XXVI, page 241.

outre, ils ont aussi cherché à en rationnaliser l'usage. L'opium, disent-ils, convient *lorsque la circulation est active*, les expériences d'Alton ayant prouvé que cette substance ralentit le mouvement du sang, et *lorsque la maladie est faible* (Van Swiéten, *Commentaires sur Boerhaave*, tom. IV, pag. 505). Si la première de ces propositions est contestable, la seconde lui sert de correctif.

Les raisons données par l'illustre pharmacologue Murray en faveur de l'opium dans les hémorrhagies sont plus satisfaisantes et plus complètes : l'opium, dit-il, convient dans les hémorrhagies qui *dépendent du spasme* de parties éloignées, d'un *stimulus local* ou d'une *douleur conjointe* à l'hémorrhagie (*Apparat. medicam.*, art. *Opium*); et il applique ces principes précisément à l'hémoptysie qu'il appelle *spasmodique*.

Enfin, et pour ne pas trop multiplier les citations, Desbois de Rochefort s'exprime ainsi : « L'opium est très-utile dans les *pertes*, et on en voit beaucoup qui, ayant résisté aux saignées et aux meilleurs astringents, cèdent à celui-ci combiné avec ces derniers. Quelquefois on est obligé d'avoir recours à lui dans les *hémoptysies* et autres hémorrhagies qui ont lieu *par éréthisme* et un *excès de sensibilité*... Alors l'opium, en suspendant cette sensibilité, en suspend aussi l'effet, et l'hémorrhagie s'arrête. » (*Mat. médic.*, art. *Opium*.)

L'utilité de l'opium dans les hémorrhagies et spécialement dans l'hémoptysie est donc un fait acquis à la science aussi bien par la pratique que par le rationalisme; restent à mieux préciser les cas où les principes ci-dessus seront applicables : or, ce que nous avons à dire à ce sujet ne sera guère que le commentaire et la démonstration, par de nouveaux faits et de nouvelles considérations en rapport avec la science actuelle, des règles posées par les anciens et trop oubliées depuis.

Eu égard à son mode de production, et en vue même de la thérapeutique, l'hémoptysie doit être divisée en plusieurs espèces. Nous reconnaîtrons : 1° une hémoptysie *idiopathique*, due à une excitation directe du système vasculaire des bronches par le contact des gaz irritants, les efforts de voix, etc.; 2° une hémoptysie *symptomatique*, due, *a*, à la suppression d'une hémorrhagie habituelle (menstrues, hémorrhoïdes); *b*, à un catarrhe aigu ou chronique; *c*, à des tubercules de tous les degrés; *d*, à une affection du cœur, etc.

Dans le cas d'hémoptysie idiopathique, l'hémorrhagie cessera par la soustraction de la cause productrice, aidée de quelques antiphlogistiques, adoucissants, astringents, révulsifs, etc.; et si elle résiste, l'opium pourra trouver secondairement d'utiles applications, alors que, hors du soupçon de phlegmasie ou de congestion très-active, l'irritabi-

lité, manifestée par la douleur et la toux, persistera comme élément capital. Ces cas, d'ailleurs peu graves en eux-mêmes, sont assez rares; l'hémoptysie symptomatique est incomparablement plus fréquente et plus sérieuse.

L'hémoptysie par aberration ou déplacement d'une autre hémorrhagie n'est pas non plus très-ordinaire. Le fait suivant, assez curieux en lui-même, nous paraît pouvoir être rangé, non sans possibilité de contestation, dans la présente catégorie.

Une fille de vingt et un ans, de belle constitution, de tempérament lymphatico-nerveux, entre à la clinique dans les derniers jours d'avril 1844. Elle raconte que depuis cinq ou six mois elle sent ses forces décroître, que son visage a graduellement pâli, que son appétit diminue, que depuis trois mois ses règles ont cessé de paraître; il y a un mois qu'elle a été prise d'une toux assez vive et fréquente sans beaucoup d'expectoration; huit jours après l'invasion de cette toux, expulsion de crachats sanguins pendant quatre ou cinq jours, puis cessation, puis retour de l'hémoptysie après deux ou trois jours de répit. Trois attaques semblables ont eu lieu depuis trois semaines, la dernière dure encore. Les crachats offrent du sang rouge, écumeux, mêlé de quelques caillots noirs, circonstance qui peut jeter des doutes sur la source réelle de l'hémorrhagie : mais un examen attentif nous donne la conviction qu'il s'agit d'une hémoptysie et non pas d'une hématémèse. Pouls à 80, sans largeur ni résistance; coloration pâle, chlorotique; point de chaleur à la peau. Rien d'anormal du côté du cœur; souffle carotidien très-intense, avec renflement au premier temps. L'examen minutieux du thorax nous offre de la sonorité partout, sans râle ou autre bruit anormal nulle part. Sensation de strangulation s'élevant de l'épigastre au larynx; un peu de leucorrhée. Nous diagnostiquons : chlorose avec léger degré d'hystérie, hémoptysie bronchique (succédanée des menstrues?). Nous prescrivons : chiendent gommé; looch avec eau de laurier-cerise, pédiluve sinapisé, soupe.

Le lendemain la petite toux et l'hémoptysie persistent; malgré la chlorose nous prescrivons, comme révulsive, une saignée de 200 grammes, émollients, révulsifs.

Le jour suivant l'hémoptysie et la toux existent encore. Alors l'idée nous vient de combattre directement l'irritabilité trachéale, laquelle, donnant lieu à la toux, pouvait être tout à la fois cause et effet de l'hémoptysie : looch, une cuillerée à café de sirop d'acétate de morphine le soir.

Le lendemain la toux est un peu diminuée ainsi que l'hémoptysie. Le jour suivant, l'une et l'autre n'existent plus qu'en vestige. La médica-

tion sédative est continuée, la toux cesse, les crachats deviennent rares et purement muqueux, et la convalescence de l'hémoptysie est confirmée le cinquième jour. Nous commençons le traitement de la chlorose par les toniques légers et les ferrugineux; l'hémoptysie ne s'est plus reproduite.

Un fait pareil n'est pas d'une très-grande utilité pour la pratique, car, avons-nous dit, il se reproduira rarement. Il n'est pas ordinaire, en effet, de voir une hémorrhagie survenir dans la chlorose simple; nous ne sommes pas certain qu'ici l'hémoptysie ait été succédanée des menstrues, car celles-ci ne manquent dans la chlorose que parce que le sang fait défaut, et que les hémorrhagies succédanées sont, en quelque sorte, le résultat du trop plein. Nous ne sommes pas sûr qu'il n'existe pas de tubercules latents chez notre malade... Quoi qu'il en soit de toutes ces obscurités, l'efficacité, ou, pour le moins, l'innocuité de la morphine dans cette hémoptysie, sont incontestables.

Un genre d'hémoptysie incomparablement plus fréquent que le précédent est l'hémoptysie symptomatique du catarrhe, surtout chronique. Il n'est pas de praticien, surtout de ceux qui habitent les contrées froides et humides comme la nôtre, qui n'ait connaissance de quelques individus catarrheux depuis longues années, lesquels ont parfois craché du sang en l'absence de tout autre signe de tuberculisation. Eh bien! c'est surtout dans ces cas-là que les opiacés feront merveille, soit comme simple palliatif et adjuvant des autres moyens, soit même comme remède curatif, ou, du moins, principal et efficace contre l'accident actuel, l'hémoptysie. Car ici l'hémorrhagie a manifestement pour cause l'irritation des bronches entretenue, aggravée par la toux. Or, nous savons déjà combien l'opium est avantageux dans le traitement du catarrhe chronique avec toux vive et opiniâtre. Faisant abstraction de toute théorie, nous produisons le fait suivant comme assez expressif.

Un homme de quarante-deux ans, d'assez forte constitution, de tempérament à la fois nerveux et sanguin, à poitrine bien conformée, ne comptant aucun phthisique dans sa famille, est affecté, depuis nombre d'années, d'un catarrhe chronique pendant l'hiver, et, en tout temps, d'une extrême susceptibilité à contracter des rhumes, en raison surtout d'une humidité permanente des pieds qui les expose à des refroidissements continuels. Il est en outre sujet à de légers flux hémorrhoïdaux apparaissant à de longs intervalles. Livré à des occupations actives, il s'astreint difficilement aux précautions et aux remèdes. Vers la fin d'août 1843, il contracte un rhume par refroidissement; de nombreuses distractions le lui font négliger; le catarrhe se prolonge jusqu'en novembre, donnant lieu à des nuits de souffrance et d'insomnie occa-

sionnées par des quintes de toux violentes et prolongées. Un matin, le malade s'aperçoit qu'un de ses crachats est mêlé de sang pur. Il n'en continue pas moins de vaquer à ses occupations ; mais la toux se répète plus fréquemment et est suivie de l'expuition d'une quantité de sang de plus en plus abondante ; vers le soir, il crache du sang pur et par gorgées ; ce n'est qu'alors qu'il songe à se soigner sérieusement. Indépendamment des particularités précédentes, on constate : embonpoint médiocre, poitrine large, sonore sous les clavicules et partout ailleurs, quelques râles muqueux disséminés dans divers points du thorax ; toux fréquente, crachats de sang pur, rouge, surnagé d'un peu d'écume : le malade prétend en avoir rendu dans la journée la valeur de trois ou quatre cuillerées (de 50 à 60 grammes). Pouls calme, à 76, sans développement ni dureté, point de chaleur à la peau. Le malade est couché chaudement, la poitrine élevée, et condamné au repos et au silence. On pratique immédiatement une saignée de 500 grammes ; puis, considérant la toux habituelle, plus fatigante pendant la nuit, nous ne craignons pas de prescrire une cuillerée à café de sirop de morphine délayé dans un peu d'eau. La toux et le besoin de cracher cessent bientôt, le malade s'endort paisiblement et ne s'éveille que le lendemain matin.

Le lendemain donc, un peu de toux suscitée par un simple sentiment de plénitude, donne lieu à l'expulsion facile de quelques petits crachats de sang noir mêlé de mucus, sang exhalé depuis quelque temps et qui a stagné dans les bronches. Dans le courant de la journée les crachats redeviennent purement muqueux. La convalescence est confirmée. Nous prescrivons néanmoins : repos au lit, diète, vésicatoire au bras, et surtout continuation du sirop d'acétate de morphine chaque soir.

Le malade se lève le deuxième jour de l'accident, solidement guéri de cette attaque d'hémoptysie, conservant un peu de toux le jour, et dormant toute la nuit, grâce à la morphine.

Ainsi une hémoptysie de douze heures, marchant dans une progression inquiétante, s'est trouvée subitement enrayée. On objectera sans doute, avec apparence de raison, que le repos, la diète, et surtout la saignée, ont été pour beaucoup dans cette heureuse terminaison. D'accord ; mais combien trouve-t-on d'hémoptysies d'aussi facile composition ? Qui pourrait nier que le calme subit et absolu procuré par le sirop de morphine n'ait été pour beaucoup aussi dans la suspension de l'hémoptysie, et surtout ne l'ait empêchée de se reproduire en supprimant cette toux quinteuse à laquelle le malade lui-même attribuait son accident ? Il savait aussi par expérience que la saignée ne suffisait pas pour calmer cette toux, et il sentait parfaitement qu'il devait le calme

et le sommeil à la morphine, et qu'il avait cessé de cracher du sang parce qu'il avait cessé de tousser. Disons, avant d'abandonner ce fait, que bien que nous l'ayons donné comme un exemple d'hémoptysie symptomatique du simple catarrhe, nous n'affirmerions pas que derrière celui-ci n'existent pas quelques tubercules. Les praticiens savent qu'il n'est guère possible d'établir à cet égard que des probabilités. Du reste, on va voir que cette particularité ne changerait rien au fond des règles thérapeutiques que nous essayons d'établir au sujet de l'hémoptysie; et, en effet, quant à l'hémoptysie manifestement symptomatique des tubercules, si l'opium est impuissant à en détruire la cause première, à savoir le tubercule agissant sur l'organe pulmonaire à la manière de l'épine de Vanhelmont, n'est-il pas évident que ce remède pourra être utile, 1° en diminuant, en stupéfiant l'irritabilité du parenchyme et de la muqueuse pulmonaires; 2° en modérant la toux, qui manifestement est la cause provocatrice de beaucoup d'hémoptysies, soit au début, soit dans une période avancée de la maladie? Nous faisons généralement usage des opiacés, contre la toux, chez les nombreux phthisiques soumis à nos soins, et c'est un fait avéré pour les habitués de la clinique, que les hémoptysies y sont très-rares. L'apparition du sang dans les crachats de nos phthisiques coïncidant avec une toux nocturne quinteuse, opiniâtre, est pour nous un motif de renforcer les doses de narcotiques, et jamais nous n'avons eu à nous en repentir, car jamais nous n'avons vu que sous leur influence les hémoptysies se soient aggravées, prolongées, de manière à justifier l'opinion qui fait considérer l'opium comme favorisant les congestions sanguines. Cela ne veut pas dire qu'il faille lui sacrifier les autres moyens indiqués, tels que saignées, révulsifs, réfrigérants, astringents; mais, dans notre opinion, l'opium appliqué à propos est au moins aussi puissant qu'aucun de ces moyens, et certainement moins dangereux que quelques-uns d'entre eux. Si je n'avais pour moi les autorités citées plus haut, je serais moins ferme dans mes convictions, car les opiacés sont formellement bannis du traitement de l'hémoptysie par la plupart des classiques modernes. On voit cependant qu'il n'y a rien que de rationnel dans son emploi, eu égard aux cas spéciaux pour lesquels nous les réservons.

Si maintenant nous voulons préciser sous forme de propositions les cas où les opiacés sont indiqués dans l'hémoptysie, nous dirons, après les observateurs dont nous avons indiqué le témoignage, que ces moyens conviennent :

1° Chez les sujets nerveux ou de constitution peu pléthorique, alors que la congestion et le réaction sont nulles ou modérées;

2° Dans les cas où l'hémoptysie paraît se produire sous l'influence

d'une vive irritabilité générale ou locale, sans prédominance de l'élément inflammatoire;

3° Même chez les sujets robustes et dans les cas de phlegmasie, alors que la réaction est peu prononcée, et que le flux sanguin paraît, sinon provoqué, du moins entretenu par la toux, la douleur, l'agitation, l'insomnie;

4° Les règles ci-dessus sont applicables à tous les cas d'hémoptysie idiopathique ou symptomatique, qu'il y ait ou non tubercules.

5° L'opium est un remède aujourd'hui trop négligé dans les hémorrhagies, surtout pulmonaires; la pratique subissant les fâcheuses conséquences des idées trop exclusives ou plutôt trop concrètes imprimées aux esprits par le ton tranchant de la méthode aphoristique, dont les contrepoisons se trouvent dans l'analyse élémentaire et dans la statistique raisonnée.

Article II. *De l'opium dans le traitement de la phthisie pulmonaire.*

Ce que nous avons dit précédemment de l'opium appliqué au traitement du catarrhe et de l'hémoptysie abrégera notre tâche en ce qui concerne la phthisie, où les deux précédentes affections jouent un si grand rôle; de sorte que cette dernière partie de notre travail n'aura pas toute l'étendue que semblerait d'abord devoir comporter l'importance du sujet si nous l'eussions abordé isolément et d'emblée.

Un fait d'observation qui dès l'abord milite puissamment en faveur de l'opium appliqué au traitement de la phthisie, c'est la tendance perpétuelle des esprits à chercher des remèdes à cette terrible maladie dans la classe même des sédatifs; témoins l'aconit, vanté par Storck, Murray, Portal, etc.; la jusquiame, préconisée par Hufeland, Speranza et tant d'autres, à leur imitation; la digitale, en faveur de laquelle M. Bayle a érigé la plus précieuse compilation (***Biblioth. thérapeut.***); la thridace, qui devait réunir tous les avantages de l'opium, sans aucun de ses inconvénients; l'eau distillée de laurier-cerise, remède infidèle dont la routine fait chaque jour l'abus le plus banal; enfin ce fameux acide hydro-cyanique, déjà préconisé, mais avec restriction, par M. Magendie, et qui, d'une efficacité soi-disant merveilleuse en Italie, n'a produit que des déceptions en France, etc. Les critiques par nous exercées à l'égard de ces médicaments, ne portent, bien entendu, que sur la vertu qu'on aurait voulu leur attribuer de *guérir* la phthisie; car si l'on veut bien se borner à les envisager comme simples palliatifs de certains accidents chez les tuberculeux, nous sommes tout disposé à

faire leur éloge. Néanmoins, et quoi qu'il en soit des inconvénients réels attachés à l'opium, nous maintenons que ce dernier remède est incomparablement préférable à tous les autres, qui si souvent se montrent inertes; nous parlons en général, car les idiosyncrasies, par exemple, créent des exceptions qu'on ne peut pas toujours prévoir. Aussi voyons-nous que la plupart des auteurs, en parlant des effets avantageux des narcotiques dans le traitement de la phthisie, ont eu principalement en vue l'opium et ses composés. Aucun remède, en effet, ne cumule en sa faveur autant d'éloges explicites et mérités.

Sydenham, nous l'avons dit, pourrait paraître une autorité suspecte de partialité lorsqu'il s'agit de l'opium; mais ce qui n'est pas suspect, c'est le témoignage de son antagoniste Morton. Voici ce que dit celui-ci au sujet de la phthisie catarrhale et du catarrhe compliquant la phthisie : « Si le catarrhe (concomitant la phthisie) est accompagné du plus léger degré de chaleur hectique, et si les autres circonstances le permettent, l'usage fréquent de l'opium est essentiellement nécessaire, non-seulement pour tempérer les poumons échauffés par l'agitation d'une toux continuelle, mais encore pour adoucir toute la masse du sang. De sorte qu'il convient d'administrer l'opium toutes les nuits ou de deux nuits l'une » (*Phthisiologia*, lib. II, cap. II).

Un fameux monographe de l'opium, Tralles, a posé les principes suivants : « Dans la phthisie qui provient du catarrhe, l'opium produit les effets qu'il procure dans le catarrhe. Dans la phthisie confirmée, il sert en calmant la toux. Il favorise la cicatrisation des ulcères par le repos qu'il procure à la partie malade. Il ne convient point dans la phthisie qui suppure et dans les sueurs ; mais il est le remède par excellence dans la diarrhée symptomatique, sous forme de lavement » (*De opio*, sect. IV). Eh bien ! ces principes sont, aujourd'hui même, applicables sans restriction.

Un médecin danois, S. T. De Meza, a écrit un mémoire intitulé *De opio phthiseos prophylactico* (1765), travail dans lequel, s'autorisant de son propre exemple et de celui de plusieurs de ses malades, il représente l'opium comme un moyen d'éviter (*arcere*) la phthisie. Aux jeunes gens affectés de toux sèche, il conseille les saignées, les légers cathartiques, la diète et un demi-grain d'opium le soir, jusqu'à cessation de la toux. Il corrige ensuite la débilité engendrée par l'opium au moyen du quinquina. Mais, ajoute-t-il, dans la phthisie confirmée ce traitement ne convient plus. Or, on peut demander si les cas de guérison produits par De Meza étaient bien des phthisies, et si une part des succès ne peut pas être revendiquée par les remèdes donnés concurremment avec l'opium.

Un autre médecin du Nord, qui remporta le prix sur la question du traitement de la phthisie, proposée par la Société de médecine de Paris en 1784, Marx, établit des principes analogues aux précédents : il affirme d'abord que l'opium possède une grande puissance pour conjurer l'*hémoptysie* et la *phthisie*. Son traitement d'ailleurs ressemble beaucoup à celui formulé par De Meza. Dans la toux sèche et continue, il prescrit la saignée, les évacuants et l'opium, à la dose d'un demi-grain par jour ; puis le vésicatoire, le sel ammoniac et le quinquina, lorsqu'il n'y a plus d'inflammation. Dans la phthisie confirmée l'opium rend de grands services en calmant la toux. Marx a fort bien remarqué que les balsamiques, dont on fait aujourd'hui comme de son temps un usage incongru (*incongruus usus*), n'ont ordinairement pour résultat que d'activer la toux et d'augmenter la fièvre (*Commentaire de Leipzig*, tom. XXVII, pag. 86).

Au dire de Van Swiéten, approuvé par Murray, l'opium, dans la phthisie, rend la toux supportable. Il veut qu'on le donne le soir, parce qu'alors il procure un doux sommeil et restaure les forces. Le lendemain les crachats sont *facilement expectorés*. Puis il fait observer, après Tralles, qu'en modérant l'action pulmonaire, l'opium favorise la cicatrisation des ulcères (*Comment. de Van Swiéten*, tom. IV, pag. 104; Murray, *Apparat. medic.*, art. *opium*).

Enfin, Desbois de Rochefort s'exprime en ces termes : « L'opium est surtout employé dans la phthisie pulmonaire pour procurer du sommeil, diminuer l'irritation de la poitrine et la toux, et faire en sorte que le poumon étant moins agité, la cicatrisation soit plus facile.... Il est d'ailleurs très-propre à *faciliter l'expectoration* (*Mat. médic.*, art. *opium*).

Voici donc deux éminentes autorités, Van Swiéten et Desbois, qui démentent l'argument principal opposé à l'opium, à savoir qu'il est censé *supprimer* les crachats, augmenter l'oppression et aggraver aussi la maladie. Si notre expérience pouvait être de quelque poids, nous la joindrions à celle de ces grands praticiens pour affirmer que l'expectoration n'est jamais plus facile qu'après une nuit de calme et de sommeil, sauf les cas où l'économie manque en réalité des forces suffisantes pour expulser les crachats. Si nous avions à opter comme expectorant entre l'opium et les antimoniaux, les ammoniacaux et autres prétendus incisifs, nous donnerions certainement la préférence au premier, dans les cas de toux vive et fatigante.

Si nous nous sommes assez longuement arrêté sur l'historique de l'opium dans la phthisie, c'est que nos citations reproduisent nos convictions personnelles, et nous dispenseraient au besoin de les exposer

en détail. Par respect pour le lecteur, nous ne croyons pas devoir consigner ici les faits sur lesquels ces convictions sont appuyées : ce sont des observations nombreuses et de tous les jours qui d'ailleurs se répètent dans la pratique de la presque totalité des médecins sages et instruits, et si nous insistons sur de tels enseignements, ce n'est certes pas dans l'idée d'offrir une nouveauté, mais uniquement pour faire ressortir l'importance d'un fait quasi banal, et pour fixer encore plus l'attention sur les précieuses ressources offertes par l'opium aux praticiens que pourrait décourager la confusion qui règne aujourd'hui à l'égard des principes en général, et notamment au sujet des médications applicables au traitement de la phthisie.

Invoquant encore une fois l'analyse élémentaire, nous allons dire en peu de mots ce qu'est pour nous la phthisie envisagée au point de vue pratique ; puis il sera facile de déduire les règles du traitement, et subsidiairement les applications rationnelles de l'opium, applications sanctionnées par l'autorité des anciens et par une pratique assez étendue.

1° Pour nous, comme pour la grande généralité des praticiens, la *diathèse* ou prédisposition tuberculeuse est un fait, une condition nécessaire dans la plupart des cas, sinon toujours, au développement de la phthisie. Néanmoins, on ne peut en disconvenir, nous voyons devenir phthisiques des individus qui ne présentaient aucun des indices connus de cette diathèse.

2° S'il est vrai que la tuberculisation peut se développer primitivement et d'emblée, il n'est pas moins vrai aussi que dans la plupart des cas elle fait explosion à l'occasion d'une phlegmasie plus ou moins grave et prolongée, soit de la plèvre, soit du parenchyme pulmonaire, soit surtout des bronches. Hippocrate a vu la phthisie résulter de la pleurésie (sect. V, aphor. XV) ; Sydenham l'a vue naître de la pleurésie et de la toux (*Méd. prat.*, p. 640, trad. de Jault); Hufeland lui-même dit positivement qu'elle naît de la toux, quelle que soit la cause de celle-ci (*Méd. prat.*), etc., etc.

3° Que le tubercule soit ou non le produit de l'inflammation, toujours est-il que, dès qu'il existe, il agit nécessairement comme corps étranger, excite alors la toux et même l'inflammation chronique, manifestée par la bronchite concomitante et la carnification du parenchyme pulmonaire. Cette inflammation à son tour fomente, ramollit le tubercule, éternise la toux, provoque la douleur, allume la fièvre, entraîne l'épuisement, etc. Si l'on veut y regarder de près, on verra que l'induration pulmonaire, laquelle, quoi qu'on en dise, est un produit de l'inflammation chronique aussi bien que de l'infiltration tuberculeuse, que cette induration, disons-nous, en rétrécissant le champ de

la respiration, et la bronchite chronique en épuisant le sujet par la toux et les crachats, sont, avec la suppuration des cavernes, les principaux éléments de destruction, les véritables causes de la mort. Car le tubercule isolé, disséminé, latent, et la caverne sèche, pourraient exister indéfiniment sans entraîner la catastrophe.

4° Enfin la tuberculisation, en se généralisant dans l'économie, envahit les autres organes, et notamment la muqueuse intestinale, dont elle provoque l'inflammation et l'ulcération. « La diarrhée des phthisiques est mortelle », a dit encore Hippocrate (sect. V, aphor. XIV).

Eh bien! les quatre propositions ci-dessus donnent la clef de toute la thérapeutique applicable à la phthisie. A la diathèse tuberculeuse opposez les analeptiques, les soi-disant résolutifs, incisifs, fondants, etc., rien de mieux; mais, hélas! qu'est-il advenu des espérances fondées sur la recherche du grand œuvre des spécifiques? quel est le praticien instruit et réfléchi qui puisse croire aujourd'hui à l'action dissolvante exercée sur le tubercule par les antimoniaux, les ammoniacaux, les sels de soude, l'iode et autres agents très-actifs peut-être *in vitro*, mais qui, selon une heureuse expression, *n'incisent* guère que la muqueuse trop sensible du canal digestif, si disposée à s'ulcérer, comme nous venons de le voir? Courage! pourtant, l'impuissance du présent n'implique pas nécessairement la stérilité de l'avenir; mais en attendant, n'oubliez pas que l'élément inflammatoire est un des principaux agents de destruction pour les pauvres phthisiques.

Sydenham, Morton lui-même, Stoll, Hufeland et tant d'autres, sont unanimes pour proclamer l'excellence des antiphlogistiques et de la saignée elle-même dans le traitement de la phthisie. Un auteur dont le nom est très-connu et dont le livre ne l'est guère, Dower, faisant allusion à une idée bizarre de Sydenham, s'exprime en ces termes au sujet de la phthisie : « J'ai éprouvé que de fréquentes saignées, mais en petite quantité, font plus de bien que toutes les cavalcades du monde. » (*Legs d'un médecin*, pag. 58). Mais revenons à l'opium.

Basant donc sur les propositions ci-dessus, nous établissons en principe que l'opium convient dans la phthisie :

1° Lorsque son *début* est signalé par la toux, que celle-ci d'ailleurs soit effet ou cause de la tuberculisation. Conformément aux principes que nous avons établis relativement au catarrhe pulmonaire et à l'hémoptysie, j'ai la conviction qu'en combattant la toux dès l'origine, on peut jusqu'à un certain point prévenir ou du moins retarder la fonte tuberculeuse; c'est ainsi qu'on a pu considérer avec assez de vraisemblance l'opium comme un excellent prophylactique de la phthisie. (De Meza, Marx).

2° Alors qu'en l'absence de la tuberculisation se développent des maladies qui peuvent la produire, pleurésie, pneumonie, bronchite, il est possible de *prévenir* en réalité la phthisie, soit en s'opposant au développement de ces affections, soit en hâtant leur solution au moyen de l'opium.

3° La *fonte tuberculeuse* une fois établie, l'opium peut en retarder les progrès, peut-être même la suspendre pour un temps plus ou moins long, en dissipant les éléments, toux, douleur, sécrétion.

4° La cicatrisation des *cavernes* elles-mêmes peut être favorisée, ou du moins leurs progrès peuvent être retardés par l'usage de l'opium, qui procure au poumon le plus de repos possible, c'est-à-dire la première des conditions nécessaires pour la cicatrisation. (Tralles, Van Swiéten, Murray, Desbois de Rochefort).

5° La phthisie persistant au même degré, l'opium peut retarder la catastrophe, en calmant la douleur et la toux, en prévenant et réprimant les hémoptysies, en tarissant les sécrétions bronchiques ou caverneuses qui épuisent le sujet.

6° L'opium, généralement considéré comme dangereux dans l'état avancé de la phthisie, rend en définitive plus de services qu'il ne cause de dommages, car cette suppression de crachats si redoutée, sans être absolument une chimère, est au moins exagérée; l'expérience a suffisamment prouvé qu'au lieu de rendre l'expectoration plus laborieuse, l'opium la favorise le plus souvent (Van Swiéten, Desbois de Rochefort).

7° La diarrhée tuberculeuse a pour souverain palliatif l'opium, qui ne peut être suppléé dans cette circonstance par aucun autre moyen. Or, en modérant la diarrhée, l'opium prolonge manifestement la vie.

8° Que si l'opium comporte quelques inconvénients plus ou moins graves, ceux-ci peuvent être, jusqu'à un certain point, corrigés par certaines combinaisons innocentes et rationnelles; ainsi l'association prudente de la rhubarbe ou d'un autre laxatif peut prévenir ou vaincre la constipation; l'addition de l'acétate de plomb ou d'un autre astringent peut neutraliser l'action sudorifique de l'opium, dans les cas de sueurs colliquatives, etc.

9° L'opium n'exclut nullement l'emploi des autres moyens exigés par les circonstances de la maladie, tels que saignées, toniques, révulsifs, altérants ou fondants, etc.

10° Dans tous les cas ce remède, comme tout autre, doit être soumis à la grande loi de l'à-propos et au talent pratique de l'observateur, en ce qui concerne les contre-indications ou les accidents qui pourraient s'offrir.

11° Quant aux préparations à préférer, au mode d'administration à mettre en usage et aux précautions à observer, ce sont absolument les mêmes que ceux exposés dans notre précédent travail sur le catarrhe pulmonaire;

12° Si d'autres moyens ont paru procurer des résultats plus brillants, nous craignons que, dans la plupart des cas, les observateurs ne se soient fait illusion tant sur le véritable caractère du mal que sur l'efficacité de leurs remèdes.

Disons, pour conclusion finale, qu'en se conformant à ces principes, on ne guérira certainement pas beaucoup de phthisies confirmées; mais on fera vivre les malades aussi longtemps que possible, et on leur rendra l'existence aussi supportable que faire se peut. Ajoutons qu'on guérira ceux qui seront guérissables. Deux ou trois succès que nous comptons, sans que nous voulions garantir les recrudescences, ont été dus à cette méthode simple, rationnelle, qui a la sanction de l'antiquité, et qui, nous l'espérons, aura celle de tous les praticiens instruits et sages qui auront mûrement réfléchi sur la nature et sur les éléments de la phthisie en rapport avec les ressources, hélas! si précaires, que l'art peut mettre à notre disposition.

Prof. Forget.

QUELQUES MOTS SUR L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Quelques praticiens paraissant être repris en ce moment d'un nouvel entraînement pour l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes, nous prenons cette occasion de répondre à l'attente de plusieurs de nos souscripteurs en donnant notre manière de voir touchant l'action spéciale de l'arsenic dans les fièvres intermittentes et la confiance à lui accorder. Nous avons déjà eu occasion de nous expliquer sur ces prétentions, et de les apprécier comparativement avec la pratique banale de l'administration des sels de quinine contre le même ordre d'affections. Mais il ne sera pas hors de propos de revenir sur ce sujet en l'envisageant sous ses autres faces. Quand il s'agit d'une pratique qui met à contribution une substance telle que l'arsenic, et qui tend à se substituer ou tout au moins à disputer la prééminence à la pratique si connue, si inoffensive de l'administration des sels de quinine, les médecins ne sauraient faire assez d'efforts pour maintenir les principes thérapeutiques consacrés.

Il n'y a rien de plus facile à rencontrer que des succédanés de remèdes

qui guérissent une affection bien déterminée. Les succédanés de cette classe peuvent être assimilés aux mots synonymes d'une langue pour exprimer une même pensée; mais la difficulté, dans ces deux catégories, c'est de trouver l'agent le plus propre à guérir, le mot le plus propre à exprimer la pensée, et comme en fait de langage il n'existe pas, à vrai dire, deux expressions parfaitement similaires, de même en thérapeutique il n'y a réellement pas de véritables succédanés. Dans le discours, toutefois, on s'accommode aisément d'une expression approchante, tandis qu'en médecine clinique, au contraire, il n'y a pas de milieu possible entre guérir ou ne pas guérir. Nous concluons de ces prémisses que les moyens réputés succédanés en thérapeutique ne le sont pas en effet, et que s'ils guérissent comme d'autres congénères, ce n'est pas parce qu'ils agissent de même, mais parce qu'ils agissent sous des circonstances différentes.

Tels nous paraissent être les sels de quinine et l'arsenic. Nous croyons même, et nous nous proposons d'en faire prochainement l'épreuve, que l'arsenic ne jouit pas seul de ce prétendu privilége, et qu'il le partage avec toutes les substances toxiques suffisamment actives, par exemple l'acide hydrocyanique, les préparations de brôme, l'iode, en un mot toutes les substances délétères. Si le fait est vrai, fera-t-on aussi de ces substances autant de succédanés du quinquina? Ne sera-t-il pas plus convenable de dire que les fièvres intermittentes sont accessibles à une multitude de moyens thérapeutiques, sans proposer de leur faire usurper la place des sels de quinine?

Nous n'avons abordé jusqu'ici que la question préjudicielle, et il en est résulté, je crois, qu'on ne peut regarder l'arsenic comme un succédané du quinquina. Des difficultés bien autrement graves se présentent lorsqu'on apprécie ces deux substances à l'œuvre dans le traitement des fièvres périodiques.

Les sels de quinine se comportent à l'égard de ces fièvres en véritables spécifiques, c'est-à-dire qu'en admettant les cas où les fièvres intermittentes sont dépouillées de toute complication, et se trouvent à l'état de fièvres essentielles, ces sels, administrés à des doses et dans les circonstances convenables, les guérissent à peu près infailliblement, dans tous les pays, chez tous les sujets et à toutes les époques de leurs évolutions. L'arsenic peut-il se vanter de réussir avec la même facilité et avec la même certitude? Nous ne croyons pas qu'on soit autorisé à soutenir cette prétention; les faits d'après lesquels on voudrait lui reconnaître cette première faculté ne sont pas du moins encore aujourd'hui ni assez nombreux, ni assez décisifs pour les lui faire attribuer sans contestation. Si l'arsenic a guéri

quelques-unes de ces fièvres, on en peut dire autant des bains de surprise au fort des accès, des vives et subites émotions, des conjurations usitées par les sorciers en crédit chez les populations des campagnes, des amulettes même qu'on a fait prendre quelquefois contre ces affections; et ce n'est point là, on doit l'avouer, un traitement vraiment médical, un traitement fondé sur une expérience rationnelle. Il y a plus, les traitements empiriques que nous rappelons ici s'exécutent, sinon avec succès, du moins sans de grands inconvénients, pour peu que la fièvre périodique ne soit pas grave; mais en est-il de même de l'ingestion de l'arsenic? C'est en vain qu'on feindrait de ne rien redouter de la petite dose de ce poison aux doses minimes auxquelles on le fait prendre dans ces fièvres; nous pensons, nous, que les organes souffrent toujours à un certain degré de l'ingestion, si minime qu'elle soit, de substances aussi antipathiques à l'organisme, et qu'il est sage, dans tous les cas, d'épargner aux malades les conséquences d'une semblable agression. D'ailleurs, qui ne sait combien la plupart des malades sont portés à abuser des médicaments auxquels ils croient leur guérison attachée? Qui ne sait ue beaucoup d'entre eux, même parmi les plus raisonnables, n'échappent pas à la prévention que l'efficacité d'un remède est en raison, non pas de l'urgence de l'indication qu'il remplit, mais de la quantité du médicament dont on réclame l'intervention? et alors à combien de dangers n'expose-t-on pas un sujet, les imprudences sont si communes! lorsqu'on laisse à sa discrétion un agent aussi redoutable que l'acide arsénieux? Nous ne parlerons pas des méprises dont nous voyons tant d'exemples dans les hôpitaux, et qu'on voit même dans la pratique civile. Tous ces motifs devraient suffire, à notre avis, pour écarter l'emploi de l'arsenic du traitement des fièvres intermittentes.

L'arsenic guérirait-il, en effet, comme un spécifique de ces fièvres? aurait-il une action assez prompte, assez sûre pour oser l'employer avec confiance dans la catégorie de ces fièvres qui menacent d'une mort rapide si on ne parvient à enrayer les accès, nous voulons parler des fièvres intermittentes pernicieuses? On a peu l'idée à Paris des fièvres de cette classe; mais elles sont très-communes dans la plupart des pays du midi de la France. Ces fièvres, chaque praticien le sait, revêtent les formes des plus terribles maladies : tantôt la pleuro-pneumonie double ou simple, tantôt l'apoplexie, le choléra-morbus, l'encéphalite la plus aiguë. A la vue des malades au fort des accès de ces fièvres, on est effrayé de la gravité des symptômes, qui sont souvent ceux de l'agonie même. Cependant, après douze ou quinze heures, cet appareil formidable s'amende, la connaissance revient, et il ne reste

quelquefois, à part le retentissement d'une semblable secousse, que le souvenir du danger passé : toutefois l'orage menaec encore. En effet, après vingt-quatre heures de répit, il se renouvelle avec plus de foree, et si on ne réussit à le détourner, il entraîne infailliblement la mort des malades au bout de deux ou trois accès. Nous supposons les cas où les aceès sont séparés par une intermittence à peu près parfaite ; mais tous les cas ne se trouvent pas dans des conditions aussi favorables. Beaucoup en effet ne présentent pas d'intermittence distinete ; dans eette espèce, on saisit à peine, entre la série des accès, une rémission fugitive, et c'est justement pendant cette rémission qu'il faut se hâter d'employer le remède efficaee. La vie du malade dépend de ce moment si rapide. Si vous le manquez, la mort arrive presque à eoup sûr dans l'accès suivant ; si vous le saisissez, vous rappelez presque à coup sûr votre malade à la vie. Telle est l'urgenee de l'alternative dans la plupart des fièvres intermittentes pernicieuses. Les praticiens qui ont imaginé de remplacer le quinquina par l'arsenic n'avaient pas présentes à l'esprit la gravité, la rapidité de ces sortes de fièvres ; fièvres très-rares à Paris, nous le répétons, mais très-communes dans le Midi.

Maintenant qui oserait, à la rencontre de semblables fièvres, perdre un temps si court à essayer de substituer l'arsenic à un remède aussi souverain que le quinquina ou les sels de quinine ? Car nous devons faire remarquer que si les fièvres pernicieuses que nous venons de signaler menacent d'une mort prompte, le quinquina ou les sels de quinine réussissent, avec une certitude presque infaillible, à les amender ou à les arrêter, dès qu'on les fait prendre à très-hautes doses dans les périodes d'intermittence ou au moment de la rémission. Les prétendus esprits forts qui s'avisent de contester la puissance de l'art médical n'ont jamais vu les prodiges thérapeutiques opérés chaque année dans nos contrées du Midi par les médecins les plus vulgaires familiarisés avec le traitement des fièvres pernicieuses ; les sels de quinine agissent entre leurs mains pour ainsi dire au doigt et à l'œil ; dès qu'ils sont parvenus à saisir la rémission si désirée, et à faire retenir par les patients 15 ou 20 grains de sulfate, l'événement trompe rarement l'annonce de la guérison. En effet, si la fièvre n'est pas coupée entièrement, elle perd au moins son caractère pernicieux, et laisse le loisir de finir en administrant d'autres doses du remède. Il y aurait ici un danger évident à ébranler la foi de ces praticiens guérisseurs dans les bienfaits du quinquina, et à leur proposer de le remplacer par une substance qui ne soutiendra jamais la concurrence avec lui. Nous pensons donc qu'il faut laisser le quinquina en possession de la gloire si bien méritée de guérir les fièvres intermittentes ; que l'arsenic ne peut être regardé

comme un de ses succédanés, et qu'il est inutile de recourir à lui, alors même qu'il ne serait pas dangereux pour tant de motifs de l'introduire dans la thérapeutique. F. R.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

PERFECTIONNEMENTS DE L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE SIMPLE ET COMPLIQUÉ.

Si le bec-de-lièvre nuit aux fonctions de la bouche, il rompt surtout l'harmonie des traits, en altérant la forme d'une des parties qui contribuent le plus à l'expression de la physionomie; le bec-de-lièvre, même compliqué, est moins une infirmité qu'une difformité. Y aurait-il personne à qui la simple gêne qu'il occasionne inspirerait la résolution de s'en débarrasser? Ce qui porte les sujets ou leurs parents à réclamer l'opération, n'est-ce pas toujours l'aspect disgracieux qu'il donne? Aussi est-ce à rétablir la régularité des arcades labiale et maxillaire que les chirurgiens se sont principalement appliqués. Le succès a-t-il répondu à leurs efforts? Oui, si l'on ne consulte que le texte et les dessins des livres, ainsi que les moules déposés dans les musées; là le résultat est tellement beau, qu'on soupçonnerait à peine l'existence antérieure de la difformité qu'il a effacée. En passant une revue des faits actuels et de ses propres souvenirs, on éprouve d'abord une impression contraire; mais bientôt on se sent porté à regarder comme des exceptions les cas peu heureux qu'on rencontre, et l'idée favorable qu'on a puisée dans les auteurs sur la valeur de l'opération n'en est pas sensiblement modifiée; on continue de croire que le lagostome, convenablement traité, ne laisse généralement pas de trace appréciable. Faites un pas de plus dans votre vérification : interrogez les praticiens les plus répandus sur les faits qu'ils ont observés; presque tous ont vu comme vous des résultats incomplets, un reste de l'affection qu'on s'était proposé de faire disparaître. C'est sur le degré de perfection de la réunion de la fente de la lèvre qu'on s'est le plus abusé; la difficulté de corriger l'avance un peu prononcée des dents et de l'os incisifs était trop manifeste pour permettre une illusion à cet égard. Un progrès récent dans la médecine opératoire paraît avoir comblé cette double lacune. Voici ces ingénieuses tentatives, qui n'en sont déjà plus à leur premier succès.

1. *Nouveau procédé pour éviter l'encochure de la lèvre* (1).

L'arrêt de développement de la lèvre l'a empêchée d'acquérir toute son étendue naturelle, surtout aux deux angles arrondis qui terminent en bas la division. De cette perte de substance, ou si l'on veut, de ce défaut de substance qui ne s'est point formée, naît la presque impossibilité de rendre au bord libre de la lèvre, par les procédés ordinaires, sa régularité normale. Une dépression plus ou moins large, une sorte de sinus subsistait dans ce point à peu près constamment. On avait bien eu l'idée, pour supprimer ce reste de difformité, de faire l'avivement elliptique, c'est-à-dire de rafraîchir les bords de la fente, comme avec des ciseaux courbes, par exemple, de manière à les évider davantage à leur milieu qu'à leur extrémité. On espérait ainsi, par le rapprochement plus considérable de la partie moyenne, diminuer la tension de la partie inférieure en la refoulant en bas, et suppléer par ce déplacement des chairs ce qui leur manquait pour que la lèvre reprît son niveau normal. Cet artifice était séduisant; mais ce qu'il promettait en théorie, il ne l'a pas tenu dans l'application. Il laisse, comme les autres, l'inévitable encochure. C'est à peine si contre plus de soixante cas où elle a été observée, les membres de la Société de chirurgie ont pu en trouver six qui en aient été exempts; résultat d'autant plus positif, qu'il était puisé dans les faits dont ces chirurgiens avaient été témoins. Ainsi, ni l'arc de cercle qu'on faisait décrire à la première épingle, en l'enfonçant de bas en haut dans l'un des bords de la division, et de haut en bas dans le bord opposé, ni leur avivement elliptique, rien jusqu'ici n'avait pu prévenir la dépression en cœur qui rendait encore la lèvre difforme. M. Malgaigne paraît y avoir réussi par un procédé qu'il croyait avoir imaginé, et qui appartient en réalité à M. Clémot. Le praticien de Rochefort l'avait communiqué à M. Roux, qui l'avait employé deux fois pour l'abandonner. M. Malgaigne a été, nous ne pouvons pas dire, plus habile que M. Roux, mais plus heureux.

Le procédé est d'une grande simplicité : il consiste à aviver de haut en bas, à ne pas détacher en bas les bords réséqués de la fente, à les renverser de façon à appliquer l'une contre l'autre leurs faces saignantes, pour en former un mamelon qui comble l'encochure qu'on veut éviter. Pour faciliter ce premier temps, M. Monod propose de commencer par faire, avec des ciseaux, deux petites incisions transversales sur les bords de la fente, près de celui de la lèvre; à partir de ces incisions on rafraî-

(1) Cet article était imprimé quand a paru la lettre de M. Mirault, analysée dans le numéro précédent.

chirait de bas en haut comme à l'ordinaire, et les deux petits lambeaux qu'on taillerait de haut en bas en les renversant, suffiraient, sans qu'il fût besoin d'y toucher, à empêcher la dépression. Sans nous arrêter à des modifications secondaires qu'on peut beaucoup diversifier sans inconvénient comme sans avantage, nous allons montrer comment procéda M. Malgaigne dans sa première opération.

Obs. I. Le sujet était un ébéniste âgé de vingt-trois ans. L'écartement de la division congéniale de la lèvre laissait apercevoir l'incisive latérale correspondante à peine sortie de l'alvéole et une brèche encore plus considérable résultant de la perte de l'incisive médiane. Les deux lèvres avaient une remarquable épaisseur qui augmentait encore près des bords de la division, comme si l'absence des dents avait favorisé en ce point l'hypertrophie de la lèvre. En essayant de rapprocher avec les doigts les deux portions de la lèvre, on les voyait s'enfoncer dans cet endroit, et la forte encochure laissée sur le bord labial montrait assez la difficulté que sa restauration éprouverait par le procédé ordinaire. Le chirurgien opéra de la manière suivante :

D'un premier coup de ciseaux, il divisa le frein de la lèvre qui descendait un peu trop bas, et d'un second coup, il prolongea le bec-de-lièvre en haut jusque sous la narine. Alors, se plaçant de côté pour faire agir les ciseaux de haut en bas, il procéda à l'avivement, en commençant dans l'incision même qu'il venait de faire, et continuant jusqu'à deux millimètres du bord libre de la lèvre. L'avivement se fit avec autant de promptitude et de facilité que par la méthode ordinaire, et l'on n'avait entamé les chairs ni plus ni moins; seulement on prit grand soin de longer pareillement l'angle arrondi qui joint le bec-de-lièvre au bord labial, afin d'avoir des lambeaux partout également épais, et d'arriver près du bord de la lèvre dans le point où il est encore horizontal. Pour cela il fallut, de chaque côté, deux coups de ciseaux, l'un qui arrivait jusqu'à l'angle, et l'autre qui contournait cet angle, de telle sorte qu'en réalité, la plaie à réunir se composait de trois sections, dans une direction verticale d'abord, puis de plus en plus oblique, sans compter la surface saignante des petits lambeaux restés pendants de chaque côté, et qui avaient encore une direction différente. Mais dès l'application de la première épingle, qui fut placée tout en bas de la portion cutanée de la lèvre, la réunion se fit exactement; et, comme les petits lambeaux ne tenaient que par un très-mince pédicule, leur renversement de haut en bas et leur affrontement face à face n'offrit pas la moindre difficulté.

La lèvre étant à la fois très-haute et très-épaisse, deux autres épingles furent ajoutées au-dessus de la première. Les lambeaux offrant beaucoup plus de substance qu'il n'en était besoin pour combler le dé-

ficit de la lèvre, le chirurgien les tailla à loisir avec des ciscaux, de manière à en garder juste ce qu'il trouva convenable, en leur donnant la forme qu'il lui plut. Il la réunit alors par deux points de suture entrecoupée en avant, et par un troisième en arrière; l'opération paraissait finie, lorsqu'on s'aperçut que le bord d'un de ces petits lambeaux dépassait l'autre peut-être d'un demi-millimètre. Pour corriger ce défaut de symétrie, qui eût nui à la régularité de la cicatrice, on passa de l'un à l'autre lambeau une épingle à insecte, l'enfonçant moins dans le bord trop saillant, et davantage dans l'autre, ce qui les ramena exactement au même niveau. Les pointes des épingles furent coupées, et l'on n'appliqua aucun bandage.

Le deuxième jour, il apparut un léger gonflement autour des épingles; le lendemain, il avait disparu; seulement, à gauche de l'épingle à insecte, l'épiderme semblait soulevé par une gouttelette de pus. On le divisa avec la pointe d'une aiguille, et le quatrième jour, les épingles et les points de suture entrecoupée furent enlevés. Le sixième jour, les fils des sutures entortillées tombèrent, laissant voir une cicatrice complète encore rose et tendre.

Le quatorzième jour, la cicatrice d'union est linéaire en haut; mais en s'approchant du bord muqueux de la lèvre, là même où a été placée la première épingle, elle prend tout à coup près de deux millimètres de largeur. De là, on dirait qu'elle se bifurque en manière de V renversé, circonscrivant un petit tubercule ferme, charnu, rosé, sur lequel il est impossible de reconnaître les traces de la cicatrice réelle; et il faut avoir été témoin de l'opération pour savoir que ce tubercule est précisément le résultat de l'adossement des deux petits lambeaux flottants; que la bifurcation apparente de la cicatrice tient au pli de renversement de ces deux lambeaux, et que la véritable cicatrice doit se trouver au milieu même de ce tubercule. La lèvre est plus épaisse du côté de l'opération que de l'autre; quand la bouche est fermée, elle paraît aussi régulière que s'il n'y avait eu là, au lieu d'un bec-de-lièvre, qu'une incision réunie par première intention; quand la bouche est ouverte, la plus grande épaisseur de la lèvre frappe aussitôt les yeux; ce qui paraît tenir surtout à ce qu'elle n'est point soutenue ni comprimée par les incisives.

Un point que j'ai particulièrement tenu à faire constater, dit M. Malgaigne, c'est l'absence de cicatrice visible sur toute la portion muqueuse de la lèvre, phénomène jusqu'à présent inouï dans l'histoire du bec-de-lièvre, et d'autant plus intéressant qu'il se rattache à une question beaucoup plus générale, celle de la réunion immédiate de la muqueuse intestinale, réunion impossible d'après Travers et M. Reybard, et démontrée maintenant par des expériences directes et par l'observa-

tion clinique. Non-seulement cette réunion se fait à merveille, mais encore, au bout d'un certain temps, la cicatrice disparaît ; il en est de même pour la conjonctive, et il semble que les lèvres participent également à cette curieuse propriété. (Voir le *Journal de Chirurgie*, janvier 1844.)

Quoi qu'il en soit, ce nouveau procédé, qui a échoué deux fois dans les mains de M. Roux, a réussi deux fois dans d'autres. Il mérite d'être imité, et ce n'est pas la première fois que la valeur d'une innovation n'aura pas été reconnue d'emblée.

Aux modifications récentes apportées à l'opération du bec-de-lièvre simple, M. Debrou vient d'en ajouter une qui concerne la manière de placer les épingles de la suture entortillée. Au lieu de leur faire pénétrer obliquement les bords de la division, de façon qu'elles traversent leur surface saignante sur la limite des trois quarts antérieurs avec le quart postérieur, tout en les engageant toujours obliquement dans l'épaisseur de la lèvre, il la transperce complétement. Ainsi placées derrière la fente labiale réunie, les épingles forment, avec les fils entortillés sur leurs extrémités, une anse qui serre l'un contre l'autre les bords de la plaie sans la traverser aucunement. Dès lors la réunion n'est plus entravée par la présence de deux ou trois corps étrangers (les épingles), qui pouvaient dans certains cas l'empêcher tout à fait en provoquant la suppuration. Sans s'exagérer l'avantage de ce procédé, car l'ancien manquait bien rarement son but, il nous paraît, surtout si les épingles sont fines et flexibles, exempt d'inconvénient et digne d'être répété et peut-être préféré.

II. *Nouveau procédé pour réprimer la saillie des dents et des os incisifs dans le bec-de-lièvre compliqué.*

Trois méthodes ont été proposées pour faire disparaître l'avance des os inter-maxillaires et des dents qu'ils supportent : celle de Franco, qui extirpait la difformité, celle de Desault, qui la corrigeait par une compression soutenue, et celle de M. Gensoul, qui l'efface en refoulant brusquement en arrière les os inter-maxillaires par une véritable fracture de leur pédicule.

L'opération de Franco n'est qu'une mutilation qui remplace une difformité par une autre, une saillie de la lèvre et de l'arcade alvéolo-dentaire par la dépression de ces parties.

La compression, inapplicable aux cas graves, difficile et quelquefois impossible à supporter, amène souvent l'ébranlement et la chute des incisives, en même temps qu'elle est presque toujours insuffisante dans les conditions en apparence les plus favorables à sa réussite.

Le refoulement violent des os inter-maxillaires faisait craindre que la fracture de leur pédicule, au lieu de se borner toujours à la cloison, ne remontât quelquefois plus haut et ne s'étendît jusqu'à la lame criblée de l'ethmoïde. C'était sans doute cette appréhension qui, malgré les succès de M. Gensoul, avait détourné les chirurgiens de la voie qu'il avait ouverte ; et désormais on sera moins que jamais tenté de l'y suivre. La supériorité de la nouvelle méthode imaginée et appliquée par M. le professeur Blandin laisse les autres trop loin en arrière, elle les vieillit trop pour qu'il soit possible de les rappeler autrement que pour faire l'histoire de l'art ; elle les a enterrées. M. Blandin parti de ce point, qu'au lieu de la détruire, il fallait rétablir dans sa ligne normale la portion déviée de l'arcade alvéolo-dentaire, et l'y ramener sans s'exposer à des accidents plus graves que la difformité qu'on voulait guérir, résèque, derrière les os incisifs, une pièce triangulaire de la cloison. En enlevant ainsi à cette lame la plus grande partie de sa résistance, il choisit et fixe à l'avance l'endroit où doit s'achever, par une fracture facile, la solution de continuité. « Pour cela, dit ce professeur, nous nous servons de forts ciseaux, de cisailles, suivant l'âge des sujets ; sur les très-jeunes enfants le vomer, encore très-tendre, n'oppose que peu de résistance, et les ciseaux suffisent ; mais chez les enfants de dix à douze ans, nous préférons les cisailles. La pointe de la section en V que nous pratiquons doit s'avancer très-haut dans l'épaisseur du cartilage de la cloison du nez, et atteindre jusqu'au dos de cette partie, de manière à parfaitement assurer la mobilité de la saillie osseuse et son entier refoulement en arrière. »

Il est bien entendu qu'on doit proportionner la grandeur de la pièce qu'on emporte dans la cloison, à l'étendue dont doivent rétrograder les os inter-maxillaires pour se remettre en ligne avec les parties contiguës de l'arcade ; sans cela on s'exposerait à faire rentrer l'avance trop ou trop peu.

Après la résection, le tubercule médian du palais et celui de la lèvre, devenus mobiles, cèdent à la plus légère pression et se laissent refouler au degré convenable où une simple bandelette de diachylon appliquée sur la lèvre supérieure suffit pour les retenir. Si les dents incisives n'avaient pas repris leur rang, il faudrait les y faire rentrer en les fixant aux molaires voisines avec des fils d'or ou d'argent, ce qui veut dire que pour opérer on doit attendre l'éruption de ces dents, ou l'âge de deux ans.

Les deux seuls accidents dont la crainte se présente d'abord à l'esprit ne sont pas sérieux ni même réels ; l'écoulement sanguin est insignifiant, et le tubercule osseux ne se nécrose point ; il se réunit au contraire parfaitement.

Une fois ce premier temps accompli, M. Blandin ne procède pas immédiatement à la réunion de la fente labiale, mais il la remet à quelques jours. Parmi les opérations, déjà en quelque nombre, où le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a appliqué sa méthode, nous rapporterons de préférence celle dont nous avons été témoin, d'autant plus que ce n'est pas le cas le moins curieux.

Obs. II (1). Alexis Pareille fut admis, le 15 avril 1844, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, salle Saint-Paul, nº 2.

Il a un bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie des os intermaxillaires, qui dépassent en avant d'au moins deux centimètres le niveau de la lèvre supérieure. Ce tubercule osseux, en s'inclinant assez fortement à droite, empiète sur la narine correspondante, qu'il rétrécit en agrandissant la gauche. Les deux incisives médianes qu'il portait sont tombées peu de temps après leur apparition. Il est recouvert par une petite portion de lèvre irrégulièrement quadrilatère.

Ce qui frappe chez cet enfant, après son bec-de-lièvre, c'est quelque chose de singulier au bord libre de la lèvre inférieure : deux petits enfoncements situés de chaque côté de la ligne médiane, et capables de loger la moitié d'un petit haricot, dont ils ont la forme et la grandeur. Ces deux cavités sont humectées par un liquide muqueux, et si l'on cherche avec un stylet l'orifice qui l'y verse, l'instrument pénètre à deux centimètres environ, et vient soulever la muqueuse labiale. Ce sont, d'après M. Blandin, deux lacunes muqueuses exagérées. A la vue de cette disposition nouvelle, mon premier mouvement fut de dire à la mère : « Qu'a-t-il donc là? » en lui désignant la difformité de la lèvre inférieure. « Vous le voyez bien », me répondit-elle d'un ton assez brusque qui me porta à la regarder pour m'expliquer sa mauvaise humeur. A l'instant j'eus le mot de l'énigme : elle était elle-même affectée à la lèvre inférieure de la même difformité que son enfant. En l'examinant de plus près, je constatai qu'elle avait eu aussi un bec-de-lièvre double, également compliqué de la saillie des os maxillaires. Elle avait été opérée par M. Deguise père, à la manière de Franco. Il en était résulté une dépression considérable de la lèvre, derrière laquelle la bouche communiquait avec le nez, par la brèche ouverte dans le plancher des fosses nasales. Le nez était très-saillant.

M. Blandin avait donc à traiter, chez le jeune Alexis Pareille, deux difformités, toutes deux héréditaires, et dont l'une était jusqu'ici entièrement inconnue.

(1) Nous nous servons dans l'exposition de ce fait intéressant de nos propres notes et de l'excellente observation que M. Demarquay, interne de M. Blandin a bien voulu nous communiquer.

M. Blandin commença par la plus importante. Avec des cisailles il emporta une pièce triangulaire de la partie antérieure de la cloison des fosses nasales. Le côté antérieur de cette pièce est oblique de haut en bas d'arrière en avant, le postérieur est perpendiculaire ou vertical. L'os avait déjà acquis assez de dureté pour que l'excision en fût assez difficile. Dès qu'elle fut achevée, le tubercule osseux se réduisit en quelque sorte de lui-même en corrigeant sensiblement la difformité. Des bandelettes agglutinatives le maintinrent en place. Il n'y eut qu'un très-léger écoulement de sang; mais il se déclara bientôt un érysipèle de la face; il céda à une application de sangsues sur les ganglions sous-maxillaires. Bien que cet accident n'eût pas eu de suite, M. Blandin jugea convenable d'envoyer l'enfant quelque temps à la campagne avant d'en venir à la seconde opération, à la suture de la lèvre.

Il y avait vingt-sept jours que la résection de la cloison avait été faite. Avant de passer outre, M. Blandin, en examinant le résultat, s'assura qu'il n'était point suffisant. Il le compléta en enlevant une languette à cette portion de cloison qui tenait aux os inter-maxillaires, qui dès lors purent rentrer et se placer harmoniquement avec les parties correspondantes de l'arcade alvéolo-dentaire. La double division de la lèvre fut ensuite avivée; les mêmes épingles, en traversant le tubercule médian, servirent à la réunion des deux fentes. Comme le nez était un peu aplati, on craignit qu'au moyen de la sous-cloison, il ne tirât en haut le tubercule charnu; on en déprima le lobule avec des bandelettes agglutinatives pour prévenir cet inconvénient. Le moyen réussit. Au bout de quelques jours le bord libre de la lèvre offrait son aspect naturel, et son contour était régulièrement arrondi comme si les os inter-maxillaires n'avaient jamais rien eu d'anormal. Seulement les narines étaient un peu élargies; une compression latérale prolongée parviendra sans doute à les rétrécir.

La difformité de la lèvre et de la mâchoire supérieures était corrigée; restait celle de la lèvre inférieure. Nous avons vu que celle-ci était creusée au milieu de son bord libre de deux excavations disgracieuses. Elles étaient presque contiguës. M. Blandin les emporta par une incision en V, et réunit, par la suture entortillée, ce bec de lièvre chirurgical. La lèvre inférieure, que la perte de substance de l'autre avait rendue trop longue, se prêtait parfaitement à cette excision et la réclamait presque. Quinze jours après, l'enfant sortait presque méconnaissable, tant le succès avait été complet.

Au moment du départ de l'opéré, le tubercule osseux avait déjà assez de fixité pour ne se laisser imprimer qu'avec peine des mouvements de latéralité. La voûte palatine ne présentait de solution de continuité

que dans deux points, sur les côtés du tubercule médian, où l'on peut faire pénétrer un stylet de la bouche dans le nez. La prononciation devient de plus en plus nette.

M. Debrou, qui a fait une heureuse application de la méthode de M. Blandin, l'a légèrement modifiée, peut-être perfectionnée, en avivant les bords de la double fente osseuse comme ceux de la fente charnue. Voici un extrait de son intéressante observation.

Obs. III. Un enfant de six mois offrait un bec-de-lièvre double, avec division complète tant du palais que de la voûte palatine. Le tubercule moyen formé par les deux os inter-maxillaires et par la portion moyenne de la lèvre supérieure était fortement dirigé en avant, et paraissait comme suspendu au lobule du nez. M. Valet exécuta la première partie de l'opération, c'est-à-dire qu'avec de forts ciseaux à polype il coupa en deux coups une portion triangulaire de la cloison. Au lieu de faire la section antérieure oblique, c'est à la postérieure qu'il donna cette direction. La première était presque droite ; le sommet de l'angle était presque directement en haut. Cette petite manœuvre exigea plus de force que l'âge de l'enfant ne l'eût fait prévoir. A peine la pièce excisée était-elle détachée, qu'elle fut avalée. Le tubercule osseux, devenu mobile, fut aisément ramené en arrière, et il se trouva de niveau avec le reste de l'arcade dentaire.

Le lendemain, M. Debrou commença par aviver avec un bistouri les bords de la portion moyenne de la lèvre. Aussitôt après il détacha, à l'aide d'une pince à crochets et du bistouri, un lambeau de la muqueuse sur chacun des points correspondants du tubercule osseux inter-maxillaire, et de la portion de l'os maxillaire avec laquelle il devait se trouver en rapport après l'opération. Il ne resta plus qu'à rafraîchir avec les ciseaux à bec-de-lièvre les parties latérales de la lèvre, et enfin la réunion par la suture.

Comme la portion moyenne de la lèvre n'avait point assez de hauteur pour atteindre jusqu'au bord libre, la première épingle, c'est-à-dire l'inférieure, ne traversa que les lambeaux latéraux qui vinrent se réunir sur la ligne médiane. La seconde épingle, ou la supérieure, traversa d'abord le côté gauche de la lèvre, puis le lambeau moyen et enfin le côté droit. Il en résulta une plaie en Y dont l'ouverture, dirigée en haut, embrassait le tubercule moyen. A peine les fils venaient-ils d'être placés que l'enfant, épuisé par le sang qu'il avait perdu, surtout pendant l'avivement de la lèvre, eut des mouvements de syncope ; il fallut se hâter de le faire revenir à lui. Ni bandelettes ni bandages unissant d'aucune sorte.....

Un mois après l'opération, les cicatrices de la lèvre étaient en bon

état, seulement il existe un petit angle rentrant sur la ligne médiane. Le lobule du nez était beaucoup moins tiraillé et déprimé qu'on ne l'aurait craint. Les os inter-maxillaires, dans une situation convenable, font corps avec le maxillaire, sans trace de séparation ni de mobilité. L'auteur ne parle point de la communication de la bouche avec le nez. Sans doute qu'elle n'existait pas.

L'avivement des bords de la double fente osseuse est-il réellement indiqué? Il ajoute à la douleur, aux causes de l'hémorrhagie et de l'inflammation, en un mot à toutes les chances d'accidents, et l'on ne doit y recourir que s'il est indispensable à la solidité de la réunion; et y renoncer si elle réussit sans lui, comme chez le petit Pareille; ce ne serait plus alors qu'une complication. Au temps seul il appartient d'ailleurs de juger la question.

Quant à l'âge le plus favorable pour l'opération, nous croyons avec M. Blandin que c'est se priver d'une ressource précieuse que de ne pas attendre l'apparition des molaires. En attachant de chaque côté à un fil d'argent les incisives aux autres dents, on assure l'immobilité du tubercule dans sa situation, ainsi que la régularité et la solidité de sa réunion. C'est une mesure à nos yeux si importante, qu'il ne faudrait peut-être la négliger dans aucun cas.

Quoi qu'il en soit, la méthode de M. Blandin pour le bec-de-lièvre compliqué est, avec celle de M. de Jobert de Lamballe pour la grenouillette, un des plus remarquables progrès de la chirurgie de la bouche.

Dr Morel-Lavallée.

REMARQUES PRATIQUES SUR QUELQUES INDICATIONS SPÉCIALES QUE PEUT PRÉSENTER LE TRAITEMENT DES ANUS CONTRE NATURE.

Depuis que Dupuytren a fondé sur ses vrais principes le traitement des anus contre nature, en montrant quel est l'obstacle à leur guérison et comment il faut le lever, cette infirmité offre sans contredit un pronostic beaucoup moins défavorable; mais l'éperon une fois détruit, quand les excréments ont en grande partie repris leur cours naturel, la guérison n'est pas achevée, et l'occlusion définitive de l'ouverture qui a servi à introduire l'entérotome ne se fait souvent qu'avec une lenteur désespérante. L'art est donc obligé d'intervenir de nouveau et de différentes manières. La plus simple, la plus inoffensive est la compression. Avant la destruction de l'éperon, cette méthode peut être non-seulement inutile, mais encore dangereuse. Nous essayerons, dans

le cours de cette note, de faire saisir ses indications et contre-indications. Elle a réussi dans les deux cas que nous allons rapporter.

Obs. I. Benoit Bernard, de Farrins (Ain), cultivateur, âgé de cinquante-trois ans, d'une forte constitution, commença, il y a trois ans, à s'apercevoir qu'il portait une hernie dans l'aine droite; il la contint au moyen d'une bande seulement, et n'en fut point incommodé pendant une année. Mais à cette époque, c'est-à-dire il y a deux ans, elle ressortit à l'occasion d'un effort qu'il fit pour soulever une voiture chargée. Les coliques, le hoquet, les vomissements survinrent, et ce ne fut que huit jours après qu'il demanda les secours de l'art. Deux médecins vinrent, et lui appliquèrent des sangsues, qui, au dire malade, *trouèrent l'intestin*. Quoi qu'il en soit, la gangrène se déclara, envahit l'aine droite, puis la région du pubis jusque vers l'anneau inguinal gauche. Le hoquet dura encore huit jours, et fut combattu avec avantage par un autre médecin qui fut appelé, les deux autres s'étant retirés.

Les matières fécales sortirent encore pendant un mois exclusivement par l'anus contre nature. Ensuite la cicatrisation se fit peu à peu; des gaz, puis du mucus, puis des matières liquides et enfin solides, sortirent par l'anus, et au bout d'une année il ne restait plus à l'aine qu'une fistule laissant échapper de temps à autre quelques matières liquides. A cette époque le malade, ayant mangé beaucoup de haricots, eut une indigestion; il y eut des vomissements; les selles s'arrêtèrent, et il se forma dans l'aine un abcès qui au bout de quelques jours s'ouvrit en plusieurs points, et laissa après lui quatre fistules.

Cet homme fut adressé à M. Pétrequin, et il entra dans son service, à l'hôpital de Lyon le 10 janvier 1844. On reconnait dans l'aine droite la cicatrisation dont il a été question. Une forte bride de tissu inodulaire se trouve au-dessus du pli de l'aine droite, dans la direction de l'anneau inguinal; au-dessus et au-dessous sont deux fistules, dont une, supérieure, un peu plus grosse que les trois autres, laissant par conséquent sortir plus de matières que celles-ci, qui n'admettent qu'un stylet ordinaire, et ne donnent issue qu'aux liquides. Au reste le malade a remarqué que les fistules donnent moins quand il mange de la viande que des matières végétales.

Le 11 janvier on introduit dans la fistule supérieure la plus large (elle a un peu plus d'une ligne) un morceau d'éponge préparée qu'on laisse pendant toute la nuit, et dont on augmente graduellement le volume. — Le 14, on a été obligé de suspendre quelques jours l'éponge, à cause d'un érysipèle. —Le 25, depuis quelque temps on en a repris l'usage. Aujourd'hui la fistule a bien un centimètre de largeur. L'on y introduit deux stylets dont chacun pénètre dans une portion d'intestin différente. En effet, quand on veut les frotter l'un contre l'autre, l'on n'a point la sensation de deux corps métalliques qui se touchent, et quand on écarte l'une de l'autre leurs extrémités extérieures, les intérieures restent à leur place sans se croiser, de sorte qu'ils représentent les deux jambes d'un angle au sommmet duquel se trouve une cloison. On ne peut non plus les faire tourner l'un sur l'autre: que ce soit l'éperon ou deux parois intestinales adhérentes ou non, c'est ce qu'on ne peut pas savoir; mais en enfonçant chaque stylet dans la cavité où il est déjà, celui de droite prend une direction parallèle à l'axe du corps, et celui de gauche se dirige selon une ligne qui se rendrait de la fistule au

flanc gauche. Ainsi il y a deux portions d'intestin se rendant à la même fistule. Laquelle est le bout supérieur? laquelle est le bout inférieur? c'est ce que l'on ne peut pas encore savoir. — Le 29, l'on fait la dilatation jour et nuit au moyen de deux morceaux d'éponge introduits à la fois dans la fistule déjà dilatée; les 3 autres sont presque fermées et ne donnent lieu qu'à un léger suintement dont le malade ne s'aperçoit qu'à l'humidité qui les entoure. L'état général est bon; la dilatation cause un peu de douleur et quelques coliques. Lavement purgatif. — Le 30, M. Pétrequin répète l'expérience du 25 avec le même résultat; un grand bain. — Le 31, le malade a pris ce matin une médecine ordinaire. — Le 3 février la dilatation est assez avancée pour permettre l'introduction du petit doigt, qui, dirigé selon les deux lignes que les stylets ont indiquées, reconnaît les deux bouts de l'intestin et l'éperon qui les sépare. M. Pétrequin fit l'opération, le 6 février, en présence do MM. Carrier et Bouchacourt; les jours précédents, le malade reçut peu de nourriture; on lui administra plusieurs lavements afin d'éviter s'il est possible les selles quelque temps encore après l'opération. Il eut la veille au matin un purgatif suivi de cinq selles, le soir un lavement suivi de quatre, et le matin même un lavement suivi de deux selles. Le malade couché horizontalement, M. Pétrequin s'assura encore, au moyen du doigt, de la position respective du bout supérieur et du bout inférieur, et introduisit dans chacun d'eux une sonde cannelée qui fut conduite sur le doigt explorateur, et qui servit elle-même de conducteur à une branche de l'entérotome de Dupuytren. Quand les deux branches furent ainsi engagées, l'opérateur les unit par leur pivot et les rapprocha au moyen de la vis de rappel. Quand l'instrument fut en place, on se convainquit encore une fois qu'il avait saisi l'éperon, et le sentiment de douleur que le malade éprouva jusque dans l'épigastre fut un signe de plus. On ferma la plaie avec de la charpie, on maintint l'instrument au moyen de languettes et do bandelettes, de manière à ce qu'il ne blessât pas les téguments, et l'on fit reporter l'opéré dans son lit, où l'on éleva la jambe droite par quelques oreillers, comme après l'opération de la herniotomie. — Le 7 février, le malade n'a pas vomi, a un peu dormi, et n'a pas ressenti de grandes douleurs; on lève l'appareil, qui est souillé de matières fécales liquides; on resserre un peu l'entérotome, et on applique un bandage en T; bouillon. — 8 février, on resserre l'entérotome. — 9. Il y a eu de faibles coliques, qui aujourd'hui ont disparu; les matières fécales liquides qui souillaient l'appareil sortent maintenant en moins grande quantité; il n'y a pas de nausées; la fistule s'est resserrée fortement sur l'entérotome. Le pouls est bon. Un potage. — 10, le malade va bien. Deux soupes. — 11, le malade n'a pas eu de selles depuis l'opération. — 12, le malade prend un lavement de graine de lin avec 12 grammes de sulfate de soude. — 13, M. Pétrequin retire l'entérotome, c'est-à-dire sept jours après son application. Entre ses mors l'on voit environ deux pouces et demi de la double paroi intestinale mortifiée et noirâtre, et de deux lignes de largeur. L'examen avec le doigt montre que la communication est rétablie plus directement entre les deux bouts d'intestin; l'on plonge dans une grande cavité, où l'on aperçoit des traces de cicatrisation de la muqueuse, indiquée par deux lignes rugueuses et un peu saillantes. Le lavement a procuré plusieurs selles par l'anus naturel. Le quart et le riz. — 14, la fistule s'est considérablement rétrécie, et ne pourrait plus admettre aujourd'hui qu'une plume d'oie; le malade se porte bien, mais a un peu

maigri sous l'influence de ce régime sévère. On lui donne un lavement qui procure des selles liquides par la voie naturelle. — 15, une selle, bain. — 16, on ordonne la compression au moyen de compresses graduées pour fermer la fistule. — 17, les selles par en bas sont rétablies; il sort encore quelques gaz par la fistule quand le malade a des borborygmes. On applique un bandage inguinal ordinaire, et on aide la compression de bas en haut par une boulette de charpie soutenue par un emplâtre de diachylon. — 19, il est sorti hier quelques matières fécales liquides par la fistule. Le malade a eu une selle normale. — 21, idem, ibidem; il a eu cependant un peu de constipation. — 22, la fistule, très-rétrécie, a laissé passer assez peu de matières stercorales pour tacher légèrement la compresse qui la recouvre. On permet au malade de se lever un peu pendant la journé.—28, la principale fistule est presque complétement fermée; elle ne laisse, comme les autres plus petites, suinter qu'une petite quantité de liquide qui humecte la peau mais ne tache pas la charpie; ses bords ne sont pas renversés et sont à peine indurés; leur couleur approche beaucoup de celle de la peau environnante. — 29, rien sorti. — 3 mars, la principale fistule est fermée extérieurement; les autres suintent encore un peu, mais pas assez pour tâcher la charpie. — 4, le malade est constipé, quelques matières ont taché l'appareil. — 5, pas de matières. — 6, la charpie est souillée d'un peu de pus, mais pas de matières stercorales. On fait la compression au moyen de bourdonnets disposés circulairement, au centre desquels se trouve la fistule. — 7, la compression irrite les fistules; leurs ouvertures ont un peu saigné.—11, elles donnent un peu de sérosité purulente.— 12, on enlève le brayer. La charpie n'est pas souillée; on applique pendant quelques moments une compresse sur les fistules, et on la trouve teinte par quelques liquides stercoraux. — 13, très-peu de suppuration. — 22, le malade sort, l'ouverture principale est fermée complétement depuis quelques jours; deux fistules qui naguère livraient un peu de suppuration sont encore un peu excoriées à leur ouverture, mais ne donnent passage à aucune matière stercorale, ni même à des gaz. Le malade conserve son brayer, et s'en va chez lui. — 1er mai, il revint à Lyon; la guérison s'était maintenue. De temps en temps seulement la fistule se rouvre pour se refermer bientôt après. Nous avons eu de ses nouvelles en juin et juillet : il continue d'aller très-bien.

Dans l'observation suivante, la guérison se fit attendre davantage, parce que pour introduire l'entérotome on avait agrandi par l'instrument tranchant la plaie extérieure, qui eut ainsi, après l'opération, moins de tendance à s'oblitérer que si on eût employé pour l'élargir une dilatation progressive. Néanmoins la guérison a été obtenue.

Obs. II. Jean Durand, âgé de vingt-six ans, cultivateur, natif de Paligneux (Loire), d'un tempérament lymphatique, portait depuis longtemps une hernie inguinale droite qu'il ne contenait pas par un bandage, et qu'il ne prenait pas même soin de faire rentrer. Dans le mois de juillet 1843, cette hernie s'étrangla; il eut des coliques, des vomissements, et ne demanda que très-tard les secours d'un médecin. Il est d'une intelligence assez bornée, et il est très-difficile d'obtenir de lui des renseignements précis; il paraît néanmoins que le médecin aurait pratiqué sur lui la herniotomie, et que quinze

jours après environ, un abcès se forma dans les bourses, et un autre au-devant de l'ouverture extérieure du canal inguinal droit. Par ces deux ouvertures sortirent bientôt des matières fécales. Après quelque temps leur quantité fut supérieure à celle qui sortait par l'anus. Il semble, d'après sa description et d'après une plaie longitudinale qui occupe la partie antérieure du scrotum (mars 1844), que la hernie qu'il portait était devenue scrotale avant son étranglement.

Le 22 septembre il entra à l'hôpital dans un service de chirurgie, où l'on essaya d'abord la compression pour fermer ces fistules stercorales. — 14 décembre, après avoir débridé la plaie, on appliqua l'entérotome de Dupuytron, qui tomba le neuvième jour. On essaya alors en vain de refermer la plaie extérieure par la suture. Toutefois les matières fécales reprirent en grande partie leur cours normal; il s'en écoula beaucoup moins par les deux fistules, et le 5 janvier 1844 elles ne donnaient plus issue qu'à des matières liquides et à des gaz. Cet état est resté stationnaire pendant les deux mois qui suivirent. Au commencement de mars, la plaie longitudinale déjà signalée est linéaire sur le scrotum, mais supérieurement elle n'est pas encore fermée; elle présente deux petites fistules, et elle est humectée par un fluide incolore; ses bords sont comme recoquillés. — 5 mars, l'état général paraissant assez bon, M. Pétrequin, à qui le malade fut confié, fait exercer sur l'anneau inguinal une compression modérée au moyen d'un bandage herniaire appuyant sur deux tampons de charpie placés de chaque côté de la plaie. Son application causa quelque gêne et même quelque douleur au malade. Le lendemain il n'est rien sorti; on augmente un peu la compression, et enfin, le 9 mars, les bords de la plaie se sont un peu rapprochés; ils sont moins humides, et les fistules ne donnent issue qu'aux matières liquides, et seulement quand le malade a le dévoiement. — 10 mars, la compression irrite la plaie; celle-ci ne tend pas à se fermer; compresses de vin aromatique. — 11, la plaie a un meilleur aspect. — 16, elle se rétrécit et va mieux. — 19, elle est presque linéaire; on y applique de chaque côté un tampon de charpie, et par-dessus le bandage herniaire, dont on avait suspendu l'emploi pendant quelques jours. — 21, bandage continué; encore quelques gaz. — 24, la plaie est fermée, excepté en deux points; pas de gaz. — 5 avril, elle est complétement fermée; le 22 elle se rouvre un peu; le 1er mai l'ouverture est complétement fermée; le malade sort.

La terminaison d'une hernie étranglée n'est pas toujours aussi heureuse que chez notre premier malade, dont la constitution est bonne, et qui, après avoir survécu à l'étranglement et à ses suites, eut à supporter encore la gangrène et une rechute causée par une indigestion. Chez tous deux, surtout chez le premier, l'anus contre nature peut être regardé comme une terminaison relativement heureuse ; mais la fistule stercorale elle-même est loin d'être libre de tout danger, et elle est toujours au moins très-désagréable, quelquefois même dégoûtante. La guérison spontanée en est rare; on n'en cite que quelques exemples ; et quand on l'abandonne à elle-même, on a à redouter que l'inflammation, en s'y reproduisant, n'amène une entérite ou une entéro-péritonite. Une indigestion peut, comme chez l'homme qui fait le sujet de la

première observation, ramener tous les symptômes d'un étranglement, amas de matières fécales, gangrène, etc. On voit quelquefois les abcès qui se sont ainsi développés fuser au loin dans les parois abdominales. Quelquefois la muqueuse, le plus souvent celle du bout supérieur, fait hernie à travers l'anus accidentel, entraînant, dans quelques cas, après elle, une portion d'intestin qui peut à son tour s'étrangler. Enfin, une fistule stercorale étant longtemps abandonnée à elle-même, le bout inférieur de l'intestin perd de son calibre, peut même, quoique de pareils exemples soient très-rares, s'oblitérer complétement.

1° Pour remédier à cette infirmité, l'on a proposé différents moyens; celui qui s'est présenté le plus naturellement a été la compression; elle ne peut réussir que dans les cas de fistules très-étroites, et où l'intestin perforé n'a pas sensiblement perdu sa direction normale; mais dans les cas où le bout supérieur et l'inférieur sont dans le même rapport que les deux doigts d'un gant, elle serait inutile, puisqu'elle ne tendrait pas à faire cesser ce rapport anormal; et quelquefois même nuisible, en ce qu'elle pourrait causer la rétention et l'accumulation des matières fécales, inflammation, étranglement, etc. Elle doit donc être différée jusqu'à l'époque où le rapport normal des deux bouts de l'intestin sera rétabli.

2° Pour atteindre ce but, Desault refoulait l'éperon (ou paroi membraneuse formée par l'adhérence du bout supérieur et de l'inférieur qui forment un angle plus ou moins aigu en cet endroit) avec une tente de charpie, dont il augmentait tous les jours le volume. Il espérait être secondé par la rétraction insensible du mésentère. Cette méthode est logique, puisqu'elle combat le véritable obstacle au passage des matières fécales; mais elle n'est pas exempte de dangers, et expose, entre autres, à l'entérite et à la péritonite.

3° Dupuytren combattit autrement cet obstacle, et le procédé qu'il a perfectionné porte encore son nom. Son entérotome est composé de deux branches ondulées sur leurs côtés opposés, se réunissant comme un forceps et pouvant être introduites séparément. La branche femelle reçoit dans une rainure la branche mâle, plus mince. Leurs manches, moins longs que les branches, peuvent être rapprochés au moyen d'une vis de rappel.

Chaque branche étant introduite dans un des bouts de l'intestin, on les réunit par leur pivot, puis on fait agir la vis de rappel. Les parois de l'éperon s'enflamment, se gangrènent, et l'obstacle est levé vers le huitième jour environ. Ce procédé a été généralement adopté; l'on a quelquefois modifié l'instrument; Delpech l'a terminé par deux demi-ellipsoïdes creux, devant emporter une plus grande portion d'intestin.

4° Pour remédier à l'anus artificiel, on a pratiqué l'auaplastie.

Quoique bien différente de la compression, on pourrait cependant lui faire le même reproche. Ainsi, elle n'empêchera pas le principal obstacle, l'éperon, d'exister, et si le cours des matières fécales n'est pas librement rétabli, celles-ci souilleront les bords de la plaie, les sutures, et empêcheront la cicatrisation. Il n'en est plus ainsi lorsque l'éperon a été détruit; et l'on peut alors, comme M. Velpeau, comprendre la fistule dans une incision elliptique, qui intéresse davantage les téguments que les parties sous-jacentes, rapprocher les bords de la plaie au moyen de points de suture, qui, pour éviter le contact des matières fécales, ne comprendront pas l'intestin; et enfin, comme l'a fait Dieffenbach pour les déchirures du périnée et la staphyloplastique, faire de chaque côté, sur la peau, une incision parallèle à la plaie, afin de prévenir la tension de celle-ci et la déchirure de ses bords par les fils.

Je n'ai point la prétention de passer ici en revue tous les procédés qui ont été employés ou imaginés pour remédier à l'anus contre nature; je me permettrai seulement une petite digression sur l'historique des moyens destinés à détruire, à mortifier l'éperon.

Schmalkalden, dans une thèse soutenue en 1798, à Wittenberg (1), proposa d'inciser la base de l'éperon, d'y introduire une mèche de charpie, et d'aider à la dilatation par de petites incisions faites avec précaution.

Physick, en 1802, sans connaître le procédé de l'auteur allemand, exécuta à Philadelphie l'opération suivante. Il passa à la base de l'éperon une aiguille courbe munie d'un fort fil qu'il laissa à demeure et resserra peu à peu jusqu'à ce qu'il eût coupé l'éperon de sa base à son sommet, ou, si cette division tardait trop, il l'effectuait avec des ciseaux à pointes mousses.

Dupuytren repoussa d'abord l'éperon, d'après le principe de Desault, au moyen d'un croissant d'ivoire à pointes et à arêtes très-mousses; mais des accidents l'empêchèrent d'en continuer l'application (1809).

Alors tous ses efforts furent dirigés dans le but de mortifier l'éperon après avoir fait contracter aux parties des adhérences suffisantes, et, sans connaître le procédé de Schmalkalden ni celui de Physick, il employa successivement les suivants :

En 1813, il passa à la base de l'éperon, au moyen d'une aiguille

(1) Et non pas Viteb, comme le dit l'auteur de l'article *Anus contre nature*, dans le Dictionnaire en 25 vol. La thèse est intitulée : *Nova methodus intestina uniendi*, Præside Kreysig, 1798, Vitebergæ. Les bibliographes ont coutume d'abréger les noms des lieux où ont été publiés les ouvrages qu'ils citent; c'est sans doute ce qui a donné lieu à l'erreur que nous signalons, où l'auteur aura pris l'abréviation pour le nom lui-même.

courbe, un fil ciré qui lui servit plus tard à attirer dans l'ouverture une mèche de charpie.

« Plus tard, dit le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu (Leçons orales, t. VII, p. 247), je fis faire un instrument en forme de ciseaux, et dont une des extrémités, représentant les lames, était de forme cylindroïde; mais je reconnus bientôt que ces cylindres glissaient sur les parties auxquelles ils étaient adaptés et ne les retenaient pas. J'armai ensuite l'un des cylindres de pointes qui s'engageaient dans des trous pratiqués sur l'autre; mais je ne tardai pas à remarquer que ces pointes avaient le même inconvénient que les aiguilles, et qu'elles faisaient aux parois de l'intestin, avant que celles-ci fussent réunies, de nombreuses ouvertures par lesquelles pouvaient filtrer dans la cavité du péritoine des gaz et des matières de nature irritante.

« J'avais besoin d'un instrument qui pût tout à la fois saisir et réunir les parties, les diviser lentement en excitant dans leur voisinage une inflammation qui devrait réunir ce qu'il aurait divisé. »

Cet instrument est l'entérotome, connu sous le nom d'*entérotome de Dupuytren* (de 7 pouces de long). Il l'employa pour la première fois au commencement de 1816. Il avait renoncé aux autres modes opératoires, qui offrent peu de sûreté dans l'action et exposent plus ou moins à une péritonite par épanchement.

M. Liotard, voulant frayer un chemin plus court aux matières fécales, ne détruit pas le tranchant de l'éperon; mais son entérotome, dont les branches sont terminées par deux plaques ovales qui seules doivent être en contact avec les parois respectives du bout supérieur et de l'inférieur, détache une portion elliptique d'intestin, et les excréments, suivant cette voie plus directe, n'ont plus besoin de se rapprocher de la fistule extérieure.

Si l'on porte cet instrument trop haut, l'on risque de perforer des parois de l'intestin qui n'avaient aucune adhérence entre elles, et qui n'ont pas eu le temps d'en contracter; si on l'applique près du bord saillant de l'éperon, ce que l'on gagne est si peu de chose, qu'il ne vaut pas la peine de s'écarter du procédé ordinaire, et sera toujours plus que contre-balancé par la difficulté qu'il y a à introduire un instrument si large dans l'intestin, et par l'impossibilité, dans le plus grand nombre des cas, de l'introduire dans la fistule extérieure sans incision préalable.

Outre ces inconvénients, il en a encore un autre plus grave, et qui ne se fait sentir que plus tard. Supposons que le passage d'un intestin à l'autre est bien établi au moyen de l'ouverture elliptique, croit-on que celle-ci conservera toutes ses dimensions? Si l'on a bien suivi les

recherches et les réflexions de Scarpa, on verra que cette même rétraction, qui rétrécit constamment l'infundibulum et ramène l'intestin dans la direction du mésentère, rétrécira aussi l'ouverture faite par l'instrument de M. Liotard; tandis que, lorsqu'on a enlevé le bord saillant de l'éperon, ce travail de rétraction réparatrice est tout favorable au calibre de l'intestin.

L'on a uni l'incision à la compression de l'éperon. M. Reybard saisit celui-ci avec une pince assez semblable à une pince à disséquer, mais entre les mors de laquelle joue une lame qui divise ainsi l'éperon, et qui est aussitôt retirée. On laisse la pince en place pendant quarante-huit heures, après lesquelles les adhérences sont ordinairement formées. Cet instrument a été inventé dans le but d'épargner aux malades les incommodités et les douleurs d'un entérotome qui reste quelquefois de neuf à douze jours; mais, comme on le comprend, son emploi n'offre pas assez de sûreté.

Peut-être devrait-on lui préférer le procédé de M. Jobert, qui voudrait n'appliquer que pendant quarante-huit heures environ l'entérotome, attendre ensuite quelques jours que les adhérences se fussent consolidées, et terminer enfin par l'instrument tranchant, qui en effet serait moins douloureux que l'application prolongée de l'entérotome. Ce procédé n'a pas encore été essayé sur l'homme.

M. Pétrequin se décida pour le procédé de Dupuytren. L'angle que formaient les deux bouts de l'intestin indiquait que l'éperon pouvait avoir deux pouces de hauteur. Celui-ci était assez difficile à atteindre, d'abord à cause de l'épaisseur des parois abdominales, ensuite parce qu'il était à une certaine distance de ces mêmes parois, circonstance favorable, et qui montrait que cette rétraction insensible, tendant à ouvrir l'angle que forment les deux bouts de l'intestin, et à rétrécir l'infundibulum, avait déjà commencé.

L'incision préalable des parois abdominales ne fut pas nécessaire dans le premier cas, et la dilatation, comme nous l'avons vu, lui avait été préférée par l'opérateur, parce que, quand on la cesse après l'entérotomie, les parties ont beaucoup plus de tendance à se rapprocher promptement, tandis que l'incision expose à l'inflammation, peut détruire des adhérences salutaires, et que la plaie qui en résulte met beaucoup plus de temps à se fermer après l'opération. Comme on peut s'en convaincre par la comparaison des deux faits que nous avons rapportés, M. Pétrequin eut raison de préférer la dilatation; l'événement le justifia pleinement.

Je crois qu'il est bien peu de cas où la dilatation ne puisse être employée. Au bout de quelques semaines, des fistules qui admettaient tout

au plus un stylet ordinaire, acquièrent un calibre suffisant pour permettre l'introduction de l'index, et par conséquent celle de l'entérotome de Dupuytren. Les dangers auxquels l'incision expose, et les avantages positifs qu'offre la dilatation, devront donc faire préférer celle-ci. C'est une chance de succès de plus que l'opérateur se ménage.

M. Olivet, D. M. de Genève.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

QUATRIÈME LETTRE SUR LES URINES CRÉTACÉES.

Par M. Civiale, chirurgien chargé du service des calculeux à l'hôpital Necker.

Monsieur le rédacteur,

La pratique offre de loin en loin des faits qui paraissent inconciliables avec les principes établis, lorsqu'on les considère d'une manière trop superficielle ou trop exclusive, mais qui pourtant s'y rattachent avec assez de facilité quand on en fait le sujet d'un examen plus large et plus philosophique. J'ai tout récemment observé plusieurs de ces faits en apparence anormaux, qui me fourniront l'occasion de placer ici quelques remarques.

J'ai passé en revue, dans mon Traité de l'affection calculeuse, les différentes formes sous lesquelles peuvent se présenter les dépôts de l'urine susceptibles de donner naissance à des concrétions plus ou moins dures. J'ai fait voir que ces dépôts consistent en des matières molles, gluantes, diffluentes, qui perdent promptement leur humidité à l'air et s'y transforment tantôt en écailles, comme Willis en cite un exemple, tantôt, ce qui est plus commun, en une sorte de mortier prompt à se durcir et à se prendre en masse, ou à se réduire soit en grains, soit en poudre plus ou moins fine. Cette substance, éminemment apte à se concréter, est quelquefois fort abondante. D'après Schurig, certains malades, ayant eu soin de la recueillir, en auraient formé des masses plus grosses que le poing, dans un laps de temps assez court. Deschamps parle d'un malade qui, en quinze jours, en aurait retiré de son urine assez pour que le tout, après avoir été desséché, représentât le volume d'un œuf de poule. Ledran, frère Côme, Brodie, etc., ont vu, après la taille, des opérés rendre avec l'urine, pendant plusieurs jours, des quantités énormes de substance graveleuse,

molle ou fluide, qui se durcissait à l'air en formant des croûtes épaisses, à tel point que les linges de pansement en étaient incrustés comme d'un mortier. J'ai rencontré deux cas semblables chez des calculeux que j'avais taillés ; j'ai observé aussi le même phénomène chez des malades qui n'avaient pas la pierre.

Cette matière concrescible ne varie pas moins sous le rapport de sa couleur, de sa consistance et de son aptitude à se solidifier, que sous celui de sa quantité et de la forme qu'elle affecte en se desséchant. Une fois desséchée, elle adhère avec plus ou moins de force aux corps et aux tissus qui avaient été mis en contact avec elle. Chez un homme dont parle Ledran, elle était « brune, et si dure qu'elle bouchait en partie le trajet de la plaie, et qu'en introduisant la sonde pour faire des injections, *il semblait qu'on la passât dans un aqueduc de pierre de taille*. Cet état dura vingt-deux jours. » Dans les cas qui se sont offerts à moi, il y avait, ce qui arrive le plus communément, un dépôt blanchâtre ou cendré, pulvérulent, qui adhérait aux linges, aux téguments, à la plaie, en formant des croûtes plus ou moins épaisses, qui d'ailleurs s'écrasaient sans peine par la pression ou le frottement. Dans celui dont parle Brodie, le dépôt sortait sous la forme de masses blanches, irrégulières, qui ressemblaient à des fragments de mortier. « Quelquefois, dit Baillie, la vessie est remplie d'une substance qui ressemble à du mortier et qui adhère assez à ses parois pour qu'on ne puisse l'en détacher. » Dans le cas si extraordinaire et si curieux qu'a indiqué Vallot, on trouva, dans l'intérieur de la vessie, des tumeurs saillantes, blanches et dures : « Je ne pus, dit l'auteur, me lasser d'examiner avec une attention toute singulière des tas d'une matière blanche, granuleuse, solide et friable comme du tartre blanc. Et ce qui surpassa toute mon admiration, est que ce tartre n'était pas seulement amoncelé, mais qu'il était comme cimenté par la substance squirrheuse de la vessie : *Du vrai tartre n'a pas d'union plus intime avec les douves d'un vieux tonneau de vin que ce mucilage pétréfié n'en avait avec les calus de la vessie ;* il me fut absolument impossible de l'en détacher. »

Quand on lit de tels faits, on pourrait, en se guidant d'après ce qui a lieu dans les cas ordinaires, être conduit à soupçonner les narrateurs d'exagération ou même d'inexactitude. Depuis deux ans, j'ai rencontré quatre cas dans lesquels la plus grande partie de la surface de la vessie était ainsi garnie d'incrustations granuleuses d'autant plus adhérentes aux parois de l'organe, que l'état pathologique était plus avancé. Comme c'est au voisinage du col que les lésions sont le plus considérables, dans la majorité des circonstances, c'est là aussi que les adhé-

rences ont le plus de force. Dans l'un des cas qui se sont offerts à moi, il y avait au pourtour du col et vers le bas-fond une série de végétations entièrement recouvertes par des croûtes d'un gris sale, peu dures, qui prirent de la consistance et blanchirent dans l'espace de quelques heures que la surface de la vessie fut exposée au contact de l'air. Chez un autre sujet, la vessie, fortement hypertrophiée, paraissait être squirrheuse; sa surface interne présentait les traces d'une phlegmasie ancienne et profonde, et ne conservait plus rien de normal : toute cette surface était enduite d'une matière à demi concrétée, de teinte jaunâtre tirant sur le gris. Chez le troisième, la vessie était frappée de cancer : près du col existait une tumeur du volume d'un petit œuf, où la dégénérescence était plus avancée ; sur cette tumeur, au pourtour de l'orifice interne de l'urètre et vers le bas-fond de la vessie, il y avait des plaques d'épaisseur et d'étendue diverses, qui avaient une couleur brunâtre. Dans le dernier cas enfin, il s'élevait du milieu du trigone vésical une tumeur dure, rénitente, pédiculée et du volume d'un gros marron; les parois vésicales étaient fortement épaissies, indurées et pour ainsi dire squirrheuses, avec un grand nombre de cellules; vers le bas et un peu à gauche, plusieurs cellules étaient réunies en une vaste cavité pleine de pus ; on voyait à la surface externe du viscère de larges taches brunes, traces d'une inflammation qui s'était communiquée aux organes voisins. Toute la surface interne était incrustée de matière grise, peu consistante, peu épaisse, mais fortement adhérente.

L'un de ces malades était calculeux; les autres n'avaient pas la pierre. Chez trois, l'incrustation paraissait récente, et on ne l'avait pas soupçonnée pendant la vie. Chez le quatrième, atteint de carcinome, l'incrustation datait de plusieurs mois. Ce malade avait rendu, à plusieurs reprises, des plaques fort consistantes; la sonde et surtout le lithoclaste avaient fait constater l'existence de cette incrustation, surtout à l'endroit de la tumeur, de sorte qu'à la première exploration on avait pensé qu'il s'agissait d'un de ces calculs mous, assez communs à la suite des catarrhes vésicaux anciens ; mais les explorations suivantes rectifièrent le diagnostic.

C'est sous l'influence d'un état phlegmasique de la surface interne de la vessie que se produit la matière de ces incrustations. Je crois l'avoir parfaitement démontré dans mes publications précédentes. Mais ce qu'on n'avait pas encore remarqué, c'est que cette matière, en acquérant de la consistance, en se concrétant, adhère d'autant plus à la surface de la vessie que l'état pathologique est plus avancé, et que, dans l'intérieur du viscère, comme aussi dans le trajet des plaies qui communiquent avec le réservoir de l'urine, l'adhérence se relâche à mesure que l'état morbide

diminue, pour disparaître enfin avec lui. N'oublions pas de dire cependant que toutes les lésions vésicales n'entraînent pas nécessairement l'incrustation. Celle-ci dépend donc de causes, de conditions qui n'ont point encore été déterminées.

A mesure que l'état de la vessie s'améliore, non-seulement les plaques déjà formées se détachent, mais encore la matière qui les constitue cesse de se produire. Ainsi, chez certains malades qui ont été soumis à la cystotomie sus-pubienne, on est obligé durant les premiers jours de changer au moins toutes les vingt-quatre heures les sondes qu'on avait placées dans l'urètre, parce qu'elles sont déjà pleines de cette matière qui s'incruste dans leur intérieur aussi bien qu'à leur surface. La même chose arrive chez des malades qui sont astreints à porter la sonde pour d'autres motifs. Mais, dans tous les cas, à mesure que l'inflammation de la vessie diminue, la sonde peut rester en place de plus en plus longtemps sans s'engorger ni s'incruster.

Je viens de dire que la sécrétion morbide de la vessie qui fait le sujet de cette note peut avoir lieu chez des personnes non atteintes de la pierre, et qui n'ont subi aucune opération. Chopart en cite un exemple remarquable. Le malade, sans cause manifeste, à la suite de quelques troubles fonctionnels de la vessie, rendit avec l'urine d'abondantes mucosités qui durcissaient à l'air et s'y convertissaient en une substance blanchâtre, poreuse, entièrement composée de phosphate calcaire, d'après l'analyse qu'en fit Vauquelin. Cet état dura longtemps, puis diminua peu à peu, sans qu'on sût à quoi l'attribuer. On trouve dans Camérarius, Lackrie, Hundertsmark, Prochaska, Prout, etc., des cas analogues. Tous ces faits prouvent que l'urine peut être, pendant un laps de temps plus ou moins long, chargée d'une matière tellement concrescible, qu'à peine exposée au contact de l'air, elle devient blanchâtre, grise ou jaunâtre, et quitte promptement la forme d'une pâte molle, plus ou moins onctueuse, pour passer à l'état pulvérulent. Quelquefois néanmoins le mucus y abonde tellement, que même après la dessiccation, on le distingue encore sous forme de filaments, autour desquels sont incrustés des grains de matière saline. Ces dépôts, que certains malades recueillent de manière à pouvoir remplir de grandes boîtes, varient beaucoup sous le rapport de la forme, de la densité, de la couleur et de la quantité. Les praticiens qui en voient pour la première fois ont peine à se persuader que ce soient là des dépôts de l'urine, d'autant plus que les faits qui s'y rapportent, bien que très-nombreux, n'ont pas encore fixé l'attention des auteurs dont on lit le plus communément les écrits, surtout au début de la carrière, et aussi longtemps qu'on demeure sous l'influence des préjugés de l'école, qui veulent

que, pour être quelque chose, on soit avant tout et on reste encyclopédiste, au mépris de l'adage si connu et si vrai *qui trop embrasse mal étreint.*

Quelquefois ces sortes de dépôts apparaissent subitement à la suite d'autres maladies, la goutte surtout, et on ne manque pas d'y voir la preuve d'un transport de la maladie primitive sur les organes urinaires. S'agit-il d'un calculeux qui a été débarrassé de sa pierre par les procédés de la lithotritie ou de la cystotomie, on les regarde souvent comme l'effet de la persistance de l'état morbide sous l'influence duquel le calcul s'était développé. Mais le même phénomène s'observe chez des sujets qui n'ont eu ni la goutte ni la pierre, et dont les organes urinaires ont éprouvé une secousse violente. Tel était le cas de la femme dont parle Fabrice de Hilden, qui, à la suite d'un accouchement laborieux, fut atteinte d'une fistule vésico-vaginale; l'urine, qui coulait dans le vagin, y produisit des végétations lapidescentes semblables à de la pierre ponce. Tel était encore le cas analogue que j'ai observé il y a quelques années, et dont j'ai publié les détails.

Toutes les fois donc qu'on peut rattacher tant bien que mal le phénomène à une circonstance antérieure quelconque, on ne manque pas d'admettre un lien nécessaire de causalité entre l'un et l'autre. Mais, laissant de côté ces explications si commodes et généralement si faciles à imaginer, voyons ce que la pratique nous montre. Dans les cas qui se sont offerts à moi, l'apparition des urines chargées d'un sédiment concrescible a toujours été précédée d'un trouble fonctionnel ou d'une lésion quelconque des organes génito-urinaires, qu'il existât ou non d'autres maladies. Lorsque la lésion vésicale cessait par les efforts ou de la nature ou de l'art, l'urine perdait ses caractères morbides, et la santé se rétablissait; quand, au contraire, l'affection des organes génito-urinaires faisait des progrès, et que le malade succombait, on trouvait, à l'ouverture du corps, les désordres que j'ai signalés. Il n'en faut pas plus pour tracer au praticien la conduite qu'il doit tenir.

Je vais maintenant donner les principaux détails de l'un des derniers faits que j'ai observés.

L'un de nos jurisconsultes les plus renommés, âgé de quatre-vingt-cinq ans, et d'une forte constitution, éprouva quelques accidents du côté des appareils de la respiration et de la digestion. Peu après survinrent des difficultés d'uriner dont on méconnut la cause : elles dépendaient d'une faiblesse de la vessie, avec lésion de la prostate. On eut recours à différentes médications qui n'eurent aucun résultat. Appelé, je m'assurai que la vessie était distendue; l'introduction d'une sonde me prouva que ce viscère avait perdu sa contractilité. Il suffit,

pour faire cesser les premiers accidents, de sonder le malade trois fois par jour. L'urine fut d'abord fétide et brunâtre : bientôt elle perdit ces caractères, et devint seulement muqueuse. La dernière partie du liquide retiré par la sonde contenait un dépôt gris rougeâtre et puriforme; à peine l'urine était-elle refroidie, que le dépôt s'épaississait et se transformait en une masse cendrée et granulée. Ce dépôt continua pendant dix jours; chaque fois qu'on sondait le malade, on en obtenait une quantité qui, desséchée, équivalait à une cuillerée.

Les premières urines ne contenaient pas de dépôt. Il apparut au moment où la vessie, cessant d'être dans un état permanent de distension, put revenir sur elle-même. Ce passage répété de l'état de plénitude à celui de vacuité, et *vice versâ*, entraîna, ce qui est fort ordinaire, une surexcitation de l'organe, et par suite une phlegmasie de sa surface interne, sous l'influence de laquelle s'établit la sécrétion morbide. On put craindre un instant que la phlegmasie ne devînt assez grave pour compromettre la vie; pendant quelques jours l'urètre fut tellement irritable, que le passage de la sonde faisait souffrir; il y eut de la fièvre avec perte de l'appétit et du sommeil. Cependant l'urine resta abondante et d'assez bonne nature. La sonde qui, les premiers jours, était colorée en brun noirâtre pendant les quelques instants qu'elle demeurait dans la vessie, cessa promptement de se noircir; l'irritation de l'urètre et du col vésical diminua. Bientôt il me parut utile de tenter quelques injections d'eau froide qui produisirent de bons effets; l'état général s'améliora, les besoins d'uriner furent de moins en moins douloureux, la quantité du dépôt diminua, et finalement le calme se rétablit. Il y a un an qu'il persiste avec de très-légères et très-courtes interruptions. Il a fallu continuer les injections, la vessie n'ayant pas recouvré la faculté de se débarrasser de son contenu. Si l'on avait continué de suivre la marche d'abord adoptée, et qui est celle qu'on emploie communément, j'ai l'intime conviction que le malade aurait succombé en peu de jours. Aucun traitement interne ne fut prescrit par moi pour combattre la sécrétion morbide de la vessie; car l'expérience m'a appris depuis longtemps qu'il suffit d'écarter la cause de tous les accidents, c'est-à-dire de faire cesser le séjour forcé de l'urine dans son réservoir.

Je dois faire remarquer que la phlegmasie vésicale sous l'influence de laquelle se produisent ces dépôts anormaux de l'urine, peut se rattacher d'une manière plus ou moins évidente à d'autres états morbides, spécialement à une affection dartreuse, et qu'il devient alors nécessaire de recourir à des médications spéciales, en même temps que l'on combat l'inflammation de la vessie.

Dans les cas que j'ai observés, et aussi dans la plupart de ceux que

les auteurs citent, ce n'est pas l'organe sécréteur de l'urine qui est le plus affecté, comme on pourrait le croire. Les reins ne sont même pris alors que consécutivement, du moins en thèse générale. S'il n'en était pas ainsi, les moyens auxquels j'ai eu recours n'auraient pas eu de succès. Ces moyens, dont j'ai fait l'exposé en traitant du catarrhe vésical, dans le troisième volume de mon Traité pratique, ont pour objet spécial de faciliter l'excrétion de l'urine, 1° en diminuant l'irritabilité de l'urètre et du col vésical; 2° en ranimant la contractilité des parois de la vessie, 3° en substituant à l'action impuissante du viscère les instruments et les procédés que l'art met entre les mains du chirurgien.

Malheureusement il n'est pas rare que les efforts de la nature et les ressources de l'art soient insuffisants. C'est lorsque les dépôts anormaux de l'urine et l'affection catarrhale sous l'influence de laquelle ils se produisent se rattachent à une lésion profonde et très-avancée du col ou du corps de la vessie, comme le squirrhe, le cancer, ou toute tumeur en voie de dégénérescence. Mais ici l'embarras du praticien s'accroît en raison de la gravité des circonstances. Ce n'est que par des explorations qu'il parvient à établir son diagnostic. Or, l'état morbide dont il s'agit de constater la présence et de déterminer l'étendue, la gravité, rend quelquefois les explorations tellement douloureuses, qu'on hésite à y recourir, tant parce que le malade aurait de la peine à les supporter, que parce qu'on craint d'aggraver sa position. J'ai vu deux cas de ce genre où je me trouvais ainsi dans la plus cruelle perplexité. Il a fallu me borner à rendre les derniers moments des malades plus supportables : tous deux ont fini par succomber.

CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE ET LA PRÉPARATION DU PROTOCARBONATE DE FER.

Le dernier numéro du Journal de pharmacie et de chimie contient un extrait d'un travail intéressant de M. Alphonse Meillet sur l'emploi des ferrugineux et sur le carbonate de protoxyde de fer en particulier : nous croyons devoir lui donner place.

M. Meillet, qui reproche aux préparations martiales insolubles de nombreux inconvénients, leur préfère avec raison les préparations ferrugineuses solubles ; mais, parmi ces dernières, il présente, comme

devant être employé exclusivement en médecine, le carbonate blanc de protoxyde de fer, qui seul lui paraît offrir la réunion de toutes les conditions de succès.

Comme ce sel ne s'emploie qu'à des doses très-faibles, par exemple, de dix à vingt centigrammes, on ne peut jamais avoir à redouter de fatigue pour les organes digestifs des individus soumis à son action. D'ailleurs, loin de porter des acides dans l'estomac, il neutralise ceux qui s'y trouvent aussi facilement et aussi complétement que le fait le carbonate de magnésie; de sorte que, dans les cas de mauvaise digestion, il agit à la fois et comme absorbant et comme tonique, deux propriétés que l'on ne trouve réunies dans aucun autre médicament. Les acides qui existent à l'état libre dans l'estomac dissolvent promptement ce protocarbonate de fer, et en forment les sels qui peuvent le mieux convenir à l'absorption immédiate; et s'il est ingéré en léger excès, il est toujours rejeté sans occasionner de fatigue, sans déterminer de douleur, en raison de la dose toujours minime à laquelle il est prescrit.

Mais un inconvénient grave que présente ce produit, c'est la grande difficulté de sa préparation, en raison de sa grande tendance à perdre son acide carbonique au contact de l'air, et à se transformer en hydrate de peroxyde, altération qui se reconnaît aisément à la couleur de rouille que revêt alors le précipité formé. Cette considération a engagé M. Meillet à chercher un procédé facile et prompt pour le fabriquer, et il s'est arrêté au suivant.

Dans un soluté de sulfate de fer bien pur, il verse une proportion atomique correspondante de carbonate sodique en solution; ce qui détermine la précipitation d'un mélange gélatineux de protocarbonate et d'hydrate de protoxyde de fer vert d'eau. Il lave ce précipité à plusieurs reprises à l'abri du contact de l'air, résultat qu'il obtient en poussant du gaz acide carbonique dans l'appareil pour remplacer l'eau qui s'écoule. Il le soumet ensuite à une compression de plusieurs atmosphères au milieu de ce gaz, et le précipité, en se saturant d'acide carbonique, blanchit, devient lourd et dense, et tombe au fond du liquide complétement carbonaté. Enfin, il l'isole par décantation, et il le mêle aussitôt à un excipient approprié pour le disposer en pilules et en pastilles qui ont le précieux avantage d'offrir une entière insipidité.

SUR LES PROPRIÉTÉS NARCOTIQUES DE L'ÉCORCE DE LA RACINE DU PISCIDIA ERYTHRINA (DOGWOOD DE LA JAMAÏQUE).

Le Journal de pharmacie de Londres rapporte que l'influence narcotique exercée par la racine du *piscidia erythrina* sur des poissons d'une taille même assez forte, engagea M. Hamilton, pendant le séjour qu'il fit aux Antilles, à essayer sur lui-même l'action thérapeutique d'un alcoolé préparé avec l'écorce de cette racine.

Privé depuis longtemps de sommeil par un mal de dent violent, M. Hamilton avala, le soir, au moment de son coucher, quatre grammes (une drachme) de cet alcoolé étendus dans un verre d'eau.

Bientôt après cette ingestion, il éprouva dans l'estomac une grande chaleur qui augmenta peu à peu d'intensité ; puis, tout à coup il fut pris d'une transpiration abondante, et il tomba dans un sommeil des plus profonds et qui le surprit si brusquement, qu'en se réveillant le lendemain, à une heure très-avancée de la journée, il tenait encore dans une de ses mains la fiole qui renfermait l'alcoolé, et, dans l'autre, le verre qui lui avait servi à le prendre. D'ailleurs, le mal de dent avait complétement disparu, et il n'existait aucune des sensations si désagréables que fait éprouver l'opium après avoir exercé son action sur l'économie.

M. Hamilton, qui considéra les premières douleurs qu'il a ressenties comme une conséquence de la dose trop forte du médicament, dit qu'il a réussi à guérir radicalement plusieurs individus affectés de névralgie dentaire, en appliquant simplement sur la dent cariée un bourdonnet de coton imbibé de cet alcoolé.

Il fait préparer la teinture alcoolique de cette racine d'après la formule suivante :

Pr. : Ecorce de la racine de *piscidia erythrina* récoltée avant l'apparition des feuilles sur l'arbre..................... 1 partie en poids.
Alcool rectifié.................... 4 parties en poids.

On fait macérer pendant vingt-quatre heures, puis on filtre.

La liqueur présente une teinte jaunâtre légère, analogue à celle du vin de Madère.

SUR LA PRÉPARATION DU PEROXYDE DE FER HYDRATÉ.

Le Journal de pharmacie de Londres fait connaître un procédé employé par M. Philipps fils pour préparer l'hydrate de peroxyde de

fer, et ce procédé nous paraît mériter d'être porté à la connaissance de nos lecteurs. Il consiste, d'une part, à prendre 12 atomes, ou 1668 parties de protosulfate de fer, et d'autre part, 12 atomes, ou 1728 parties de carbonate sodique cristallisé, que l'on fait dissoudre séparément dans de l'eau bouillante ; on mélange ensuite les deux solutés, on les porte à l'ébullition, puis on y ajoute un atome, ou 124 parties de chlorate potassique également dissous. Cette addition d'une quantité déterminée de chlorate a pour objet de fournir la proportion d'oxygène nécessaire à la transformation complète du protoxyde de fer en peroxyde de ce métal : en effet, les 6 atomes d'oxygène contenus dans le composé salin se portant sur les 12 atomes de protoxyde, les convertissent en 6 atomes de peroxyde.

Après avoir été lavé, cet hydrate de peroxyde de fer est facilement soluble dans les acides. Séché à la température de plus de 100°, il est d'une nuance brun-rouge : sa composition est de 1 atome de peroxyde de fer anhydre et de 1 atome d'eau.

FORMULE DU SIROP IODURÉ DE BOCHET.

Le Journal de chimie médicale publie, dans son dernier numéro, la formule suivante, qui lui a été communiquée par M. Bertrand, pharmacien à Lyon, comme étant celle d'un sirop très-usité aujourd'hui dans la pratique des médecins de cette ville :

Pr. :	Salsepareille....................	1,000	grammes.
	Sassafras.....................	1,000	grammes.
	Gayac.......................	1,000	grammes.
	Squine	1,000	grammes.
	Séné........................	1,000	grammes.

Faire deux décoctions dans suffisante quantité d'eau, réunir les décoctés, les faire réduire jusqu'à ce qu'il ne reste plus que huit kilogrammes de liquide, puis ajouter

Sucre blanc..................	5,000	grammes.
Miel très-beau	5,000	grammes.

Clarifier aux blancs d'œufs, faire cuire le sirop à 28 degrés, le passer à la chausse, et, après le refroidissement, ajouter

Teinture d'iode du Codex........	125	grammes.

Mêler exactement par agitation.

Ce sirop, dont cent grammes contiennent un gramme de teinture d'iode, se rapproche beaucoup, comme il est facile de le voir, du sirop de salsepareille composé, pour les autres ingrédients qui en font partie.

Il est, dit-on, prescrit avec un avantage marqué contre les engorgements glanduleux, notamment celui de la glande thyroïde, contre le rachitisme, les affections strumeuses, les maladies vénériennes dégénérées et la goutte. On assure que son efficacité, dans ces diverses maladies, a été déjà confirmée par un grand nombre de guérisons.

Nous sommes loin de nier la réalité des succès qu'on attribue à l'emploi de ce médicament; mais il est probable qu'on les aurait obtenus de même par l'emploi du sirop de Cuisinier, avec addition d'une proportion appropriée d'iodure de potassium ou d'alcoolé d'iode, et on aurait évité ainsi de surcharger nos dispensaires pharmaceutiques d'une formule de plus; mais, on l'a dit avec raison, l'époque actuelle tend de plus en plus à multiplier le nombre, déjà si exubérant, des préparations pharmaceutiques particulières!

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LA PERSISTANCE DE LA VIE CHEZ LE FOETUS APRÈS LA PERFORATION DU CRANE ET LA DESTRUCTION DU CERVEAU.

En lisant la livraison de novembre, que j'ai reçue dernièrement, j'ai été frappé de la singularité de l'article inséré à la page 387, duquel il résulte « que la persistance de la vie chez le fœtus après la perforation du crâne et la destruction du cerveau est possible. » Donc le vrai est quelquefois invraisemblable (1).

Ce fait extraordinaire m'en a rappelé un autre du même genre, dont j'avais lu la relation dans un journal qui rendait compte de la séance du 4 décembre 1835 de la Société académique des sciences, arts et belles-lettres de Falaise. Voici comment il y est rapporté :

« M. le docteur Duhamel entretient la Société d'un fait extraordinaire que sa pratique médicale l'a mis à même d'observer, il y a peu de temps. Ce médecin a été réduit, dans un accouchement très-difficile à cause d'une étroitesse extraordinaire du bassin, à pratiquer la cépha-

(1) Naguère encore, j'ai reconnu la vérité de cet axiome, qui m'a servi d'épigraphe pour mettre en tête de l'observation que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie de Médecine, sous le titre suivant : *Cas de gangrène traumatique sans analogue dans les annales de la science.*

lotomie sur l'enfant pour délivrer la mère. Dans cette opération, qui consiste à ouvrir le crâne de l'enfant, il a enlevé le cerveau en entier, et quoiqu'il n'en restât pas un atome, comme le dit M. Duhamel, que le prolongement rachidien se montrât seul, quoique cette opération ait duré environ un quart d'heure, l'enfant a cependant, après son extraction, donné des preuves manifestes d'existence, puisqu'il a crié, uriné et remué pendant dix à douze minutes.

« M. le docteur Delange fait remarquer que ce cas, inobservé jusqu'à ce jour, est d'autant plus inconcevable que le cerveau a toujours été considéré dans les animaux d'un ordre supérieur comme excerçant sur les autres organes une autorité indispensable, et qu'il est très-difficile, dans certaines opérations, d'en enlever quelques légères portions sans que la mort s'ensuive. A la vérité, dans les animaux d'un ordre inférieur, cette supériorité du cerveau sur les autres organes ne semble pas aussi absolue, et, à ce propos, M. Delange rappelle les expériences de plusieurs anatomistes qui prouvent que des tortues et des grenouilles ont pu vivre des mois entiers sans cerveau, et il ajoute que l'observation dont il est question, bien constatée, ne tendrait à rien moins qu'à bouleverser les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur les fonctions cérébrales.

« M. le docteur Bodey, contestant vivement l'exactitude du fait rapporté par M. Duhamel, sollicite de ce confrère des détails précis sur les circonstances qui ont nécessité l'opération qu'il a pratiquée, et qui a déterminé un phénomène qui lui semble tout à fait impossible.

« M. Duhamel promet à la Société de lui présenter, dans sa prochaine séance, une notice détaillée sur l'observation qu'il a faite, et qui est d'un si grand intérêt pour la science. »

J'ignore si mon estimable ami a rendu plus complète son observation par l'ouverture du cadavre, qui devenait nécessaire, tant sous le rapport physiologique que sous le point de vue de la médecine légale; mais telle qu'elle a été présentée, elle n'en mérite pas moins de figurer à côté du fait qui a été recueilli à la clinique des accouchements de Paris, et qui par conséquent ne peut être révoqué en doute par les lecteurs de votre excellent journal, dont la probité scientifique est si bien établie.

Au reste, pour enrichir la science, l'admission des faits extraordinaires ne doit pas avoir lieu sans preuves incontestables, car l'amour du merveilleux fascine les yeux et fausse le jugement de beaucoup de monde. D'un autre côté, il y a des gens qui se font gloire du scepticisme, et qui ne veulent croire à rien, pas même aux choses les mieux démontrées. Or, on peut dire aux uns et aux autres : ***Periculosum est credere et non credere.***

Mais qu'on laisse faire la presse, elle viendra toujours à bout de faire triompher la raison et les bons principes, en éclairant le public sur le degré de confiance qu'il faut accorder aux doctrines et aux faits.

DELAPORTE,
Membre correspondant de l'Académie de médecine à Vimoutiers (Orne).

BIBLIOGRAPHIE.

De l'Organisation médicale en France sous le triple rapport de la Pratique, des Etablissements de bienfaisance et de l'Enseignement, par le docteur DELASIAUVE.

C'est à bon droit que tous les hommes qui prennent au sérieux la profession médicale, qui voient en elle ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire un véritable sacerdoce, se préoccupent si vivement de son organisation. Depuis l'an de grâce dix-huit-cent-trente, que le gouvernement, forcé de compter avec tout ce qui, dans la société, avait quelque influence collective, nous fit, à nous aussi, notre fameux programme, beaucoup de médecins, les Facultés, les Académies elles-mêmes s'occupèrent avec plus ou moins de succès de préparer la réalisation de cette promesse. Bien que venant après tous ces réformateurs, nous pouvons dire que M. le docteur Delasiauve, par la manière dont il a su traiter cette importante question, qui ne laisse pas d'être tous les jours une véritable actualité, ramène l'attention sur un sujet qui paraissait épuisé, en tant au moins qu'il s'agit d'une chose suivant nous fort difficile, c'est-à-dire d'une réorganisation officielle de la médecine. Le sujet qu'avait à traiter M. Delasiauve se divisait naturellement en deux parties : dans la première, il y avait à faire la critique des voies de l'organisation actuelle de la médecine ; dans la seconde, de proposer ses propres vues de réforme. Tel est aussi le cadre dans lequel se développe l'œuvre extrêmement intéressante dont nous nous occupons en ce moment. — Dans la première partie de son livre, l'auteur a su montrer une indépendance qui garantit la sûreté de son jugement dans le plan de réformation qu'il développera plus tard. Le charlatanisme, cette honte de notre profession, est flétri avec une vertueuse indignation. Le népotisme, la servilité, l'indulgence condamnable des Facultés, des écoles secondaires, des Académies, sont l'objet d'objections aussi justes qu'elles sont sévères. La littérature médicale, le journalisme lui-même, ne sont pas épargnés ; et nous avouerons hautement que là, partant, il y a eu

lieu à appliquer une critique rigoureuse. M. Delasiauve n'a point reculé devant cette périlleuse tentative : il a bien fait.

Nous l'avons dit, lorsque l'auteur a terminé cette partie critique de son ouvrage, il expose lui-même ses propres affirmations. Voici, dans le plan de réorganisation qu'il propose, les réformes principales qu'il s'agit, suivant lui, d'effectuer : 1° suppression des officiers de santé; 2° limitation du nombre des médecins ; 3° fixation de la résidence; 4° logement ; 5° gratuité des soins; 6° enfin, modification dans la pharmacie. Il faut lire tout le livre même, dans lequel les idées qui commandent cette restauration radicale, cette véritable métasyncrise sont développées ; car toutes ces idées d'enchaînement se supposent et se confirment l'une par l'autre. Pour nous, qui avons lu avec attention le livre de M. Delasiauve, nous sommes convaincu qu'il y a sur ces divers points des vues originales, dont l'application serait éminemment utile ; mais, nous le craignons, parmi ces vues, il en est quelques-unes, et ce sont surtout celles sur lesquelles s'appuie tout l'édifice, qui nous paraissent difficilement réalisables. Dans la pensée de M. Delasiauve, la médecine deviendrait une fonction publique dont la rémunération appartiendrait au gouvernement ; de là la limitation du nombre des médecins, et surtout la fixation de la résidence, le logement, et comme charge la gratuité des soins. Nous sommes convaincu, comme l'auteur, que la profession médicale gagnerait en dignité, en considération, dans un si complet remaniement. Mais l'argent ! la société prise d'une manière abstraite, et le gouvernement lui-même sont des êtres qui se portent toujours bien ; rappelez-vous la reconnaissance des malades une fois qu'il sont sur pied, et dites-moi si ce n'est point duperie que d'espérer beaucoup.

Bien que sous ce rapport, nous le répétons, de fortes objections aillent d'elles-mêmes au-devant des idées de M. Delasiauve, cela n'empêche point que le livre de ce médecin instruit ne mérite de fixer l'attention du public médical, et ne jette de vives lumières sur plus d'une question de la réformation médicale.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Abcès froid de l'aisselle. — Ponctions par la méthode sous-cutanée. — Guérison. — Si les prétentions exagérées de la méthode dite *sous-cutanée* ont dû la faire condamner avec raison dans quelques-unes de ses applications, cette méthode n'en demeurera pas moins une heureuse acquisition dont la chirurgie doit profiter, surtout pour

le traitement des kystes. Voici un exemple de son efficacité en pareil cas : un malade, couché au n° 7 de la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu, portait un abcès dans l'aisselle. Au lieu d'occuper tout l'espace triangulaire qui constitue le creux axillaire, comme cela s'observe ordinairement pour les abcès de cette région, celui qui nous occupe est développé dans la paroi antérieure de l'aisselle ; il occupe la gaîne aponévrotique du grand pectoral entre ce muscle et le plan costal : nettement circonscrit, c'est un véritable abcès enkysté qui a marché avec une grande lenteur, et n'a jamais déterminé aucun symptôme de réaction inflammatoire. Rien n'indique une lésion des côtes au-dessous de lui ; il ne paraît pas non plus procéder d'une maladie de la clavicule : aussi M. Blandin diagnostiqua un abcès froid, idiopathique, et il se décida à l'ouvrir par la méthode sous-cutanée. Il fit une ponction à la base d'un pli cutané, loin du foyer de l'abcès, avec un trocart aplati, et il retira le pus au moyen d'une seringue à aspiration adaptée à la canule du trocart. L'abcès a été entièrement vidé, et on a appliqué le pansement simple des plaies cutanées. Les jours suivants, il ne survint aucun accident : la petite plaie faite par la ponction s'est immédiatement réunie ; au bout de quinze jours, l'abcès se reproduisit, mais il était moins volumineux qu'avant l'opération. On pratiqua une seconde évacuation par le même procédé ; cette seconde opération eut la même innocuité et les mêmes résultats que la précédente. Au bout de quelque temps, nouvelle reproduction de la tumeur : troisième ponction qui, cette fois, réussit complétement ; la tumeur resta affaissée, et elle ne s'est pas reproduite depuis. En vue de favoriser la résolution, M. Blandin eut soin de faire faire des frictions mercurielles à la suite de chaque opération. M. Blandin rappelle un fait qui n'est pas sans analogie avec le précédent, et qui, de plus, présente la médication dont il s'agit sous un nouvel aspect. Il s'agit d'une femme chez laquelle il diagnostiqua un abcès froid, avec impossibilité de reconnaître s'il provenait ou non d'une maladie d'un os éloigné ; il pratiqua successivement huit ponctions sans aucun accident. Après la neuvième ponction, l'abcès s'étant encore reproduit, le pus se fit jour spontanément par l'une des piqûres précédemment pratiquées, et cette piqûre resta ainsi à l'état de fistule, laissant écouler constamment le pus au dehors, mais ne donnant issue qu'à une très-petite quantité de liquide à la fois. L'expérience a démontré que ces fistules qui succèdent aux ponctions sous-cutanées dans les cas de ce genre, ont cet avantage, par suite de la disposition oblique et sinueuse de leur trajet, de fournir une issue continuelle aux liquides sans permettre l'accès de l'air.

Expériences sur la méthode iatraleptique; le sulfate de quinine employé par la peau est-il absorbé? — Il n'est pas de praticien qui n'ait pu constater la valeur de la méthode iatraleptique. C'est un fait incontestable pour tous que l'absorption d'un grand nombre de médicaments par la peau. Les bains médicamenteux, les frictions, les applications sous les aisselles, introduisent dans l'économie des agents modificateurs puissants qui, sans passer par l'estomac, viennent atteindre et détruire le principe pathologique spécifique ou autre contre lequel on les dirige. La méthode endermique est encore là pour rendre, dans quelques circonstances, plus immédiate, plus active, cette médication, dont à vrai dire nous ne croyons pas qu'on pût se passer en thérapeutique. L'opium, les sels de morphine, le mercure et quelques-uns de ses sels, l'iode et certains de ses composés, le tartre stibié, le camphre, le quinquina, le sulfate de quinine, etc., rendent tous les jours de très-grands services dans la pratique employés en bains, en frictions, en applications, etc., etc. L'on peut, à cet égard, consulter avec fruit un excellent article publié dans ce journal par M. le professeur Forget, sur la Méthode axillaire ou *Maschaliatrie*, t. XXIV, p. 81.

La vertu absorbante de la peau mise en contact d'une manière convenable avec les médicaments que nous avons énumérés, y compris le *sulfate de quinine*, est un fait incontestablement acquis. Néanmoins des expériences nouvelles faites avec suite et intelligence sur un grand nombre de sujets, par un médecin fort judicieux, M. Martin Solon, viendraient contester au sulfate de quinine la faculté d'agir par absorption; ou pour mieux dire, ce sel employé à hautes doses en frictions, en bains, par la méthode endermique, ne traduirait pas sa présence dans les urines par les réactifs, tandis que les réactifs démontreraient toujours l'existence du sulfate de quinine dans l'urine trois heures après l'ingestion de 10 centigrammes seulement du médicament par la bouche, ou son introduction dans le rectum à la même petite dose. Ces faits sont curieux, et tellement contradictoires avec ce qui a été dit et fait jusqu'ici, qu'il faut, pour que nous les signalions, qu'ils aient une source aussi authentique que l'excellente clinique de l'hôpital Beaujon, et pour auteur un médecin aussi éclairé, aussi consciencieux que M. Martin Solon.

Vingt individus affectés ou non de fièvres intermittentes ont été l'objet de ces expériences. On a varié de toutes les façons le mode d'application du sulfate de quinine; on a employé ce sel en frictions au moyen d'une pommade qui en était saturée. Ces frictions ont été faites sur les parties du corps les plus riches en vaisseaux absorbants, les aines, les aisselles; on a donné des bains entiers dans lesquels 50 grammes et davantage de sulfate de quinine, tantôt neutre, tantôt acidulé,

avaient été dissous, et ces bains, chez quelques sujets, ont été répétés jusqu'à trois jours de suite. Cependant l'iodure de potassium n'a décelé dans l'urine d'aucun des sujets la moindre trace de sulfate de quinine. Pour avoir le dernier mot, M. Martin Solon a fait placer chez plusieurs malades, soit le sulfate de quinine neutre, soit le sulfate acide de quinine sur la surface du chorion, mis à nu par la vésication, et quoiqu'il ait agi alors dans les circonstances les plus favorables à l'absorption, toujours le même résultat négatif : pas de réaction de l'urine par l'iodure de potassium. Tout le monde connaît la certitude de ce réactif ; mais quelle est sa sensibilité? M. Martin Solon a dû commencer par déterminer quelle était la quantité la plus faible de sulfate de quinine absorbé dont l'iodure parvenait à déceler la présence dans l'urine, et toujours il a obtenu, trois heures après l'ingestion du médicament, lorsque dix centigr. avaient été donnés par l'estomac ou en lavements, un précipité olivâtre d'iodure de quinine, résultat de la réaction de la portion de sel contenu dans l'urine par la solution iodée iodurée qu'il emploie comme réactif, et qui est ainsi composée :

Eau distillée.	10 parties.
Iode.	1 partie.
Iodure de potassium . . .	4 parties.

On en verse une petite quantité dans le verre contenant l'urine.

Que peut-on rigoureusement conclure de ceci? que s'il y a eu absorption du sulfate de quinine lors de son administration en bains, en frictions, et sur la surface des vésicatoires, jamais la quantité absorbée ne s'est élevée, chez les sujets des observations de M. Martin Solon, à 10 centigrammes. Nous ajouterons encore que ces vésicatoires ont été tour à tour pansés avec le sulfate de quinine incorporé à l'axonge, substance dont l'imbibition est facile, puis délayé dans la salive, enfin dissous dans l'acide acétique étendu ou dans l'alcool, sans que jamais le moindre précipité se soit manifesté. Ainsi, malgré les moyens d'introduction les meilleurs et les plus variés, le sulfate de quinine n'aurait point été absorbé en quantité notable chez aucun malade. Nous nous contenterons de mentionner les faits suivants :

Au nº 43 de la salle Beaujon a été couché un enfant de seize ans, de constitution molle et faible. On lui a fait prendre, quatre jours de suite, un bain d'une à deux heures, dans lequel on avait mis une décoction de 2 kilogrammes d'écorce de quinquina jaune. A quelque heure qu'on ait examiné les urines, il n'y a pas eu de réaction. Ce même malade a pris ensuite 10 centigrammes de sulfate de quinine par la bouche, et trois heures après on a eu dans l'urine un précipité sensible.

Deux autres bains au quinquina ont été donnés après ; le résultat a été nul comme la première fois.

Au n° 10 de la même salle, était un garçon de dix-huit ans. On lui a donné, trois jours consécutifs, un bain contenant 50 grammes de sulfate de quinine, prolongé de une heure et demie à deux heures et demie. Le réactif n'a donné aucune trace du sel de quinquina dans l'urine. Lui ayant administré alors un lavement avec 25 centigrammes de sulfate, on a obtenu une réaction évidente.

N° 59. Femme tuberculeuse, ayant depuis longtemps sous la clavicule droite un cautère dont les bords sont ulcérés. On place sur la plaie du sulfate de quinine; pas de réaction. Le lendemain, on acidifie le sulfate, et les urines de ce jour et des suivants ne donnent également aucune réaction.

N° 25. On fait chez le nommé Joseph Caron, convalescent d'une irritation gastro-intestinale, des frictions sous l'aisselle avec sulfate de quinine 1 gramme, et axonge 3 grammes. Ces frictions sont répétées quatre fois dans le jour. L'urine, aux divers examens, ne fournit aucune réaction. Outre les frictions qu'on continue, on ajoute à l'épigastre un cataplasme arrosé de 1 gramme de sulfate de quinine dissous dans l'eau acidulée, lequel est conservé toute la nuit ; on n'obtient rien. Une seconde expérience est répétée le second jour de la même façon ; rien encore.

Au n° 36 était un homme de vingt-sept ans, grand et robuste, qui portait à la partie extérieure du genou un large vésicatoire appliqué pour une hydarthrose. Ce vésicatoire est pansé le matin et le soir chaque fois avec 50 centigrammes de sulfate de quinine ; on n'obtient rien. Le second jour, les deux pansements sont faits avec le sulfate acide de quinine ; il n'y a pas davantage de réaction. — Un vésicatoire à la nuque sur un malade du n° 40 est également pansé comme chez le sujet précédent, trois jours de suite d'abord avec le sulfate de quinine en poudre, puis avec du sulfate de quinine dissous dans l'eau acidulée, enfin avec le même sel dissous dans l'alcool. Le résultat a été négatif comme chez les sujets précédents.

Nous livrons ces faits, en faisant toutefois nos réserves, car quoique le réactif ne traduise pas dans l'urine la présence du sulfate de quinine, il demeure encore incontestable pour nous jusqu'à présent que ce médicament introduit par la peau possède ses propriétés curatives, et qu'il a été souvent efficace pour guérir la fièvre intermittente chez l'adulte comme chez les enfants, ne fût-il même employé que par l'aisselle.

Sur l'emploi du valérianate de zinc dans un cas de névralgie opiniâtre et dans un cas d'épilepsie. — Parmi les bonnes

préparations introduites dans ces derniers temps dans la thérapeutique, l'on peut citer les combinaisons de l'acide valérianique. Le valérianate de zinc et le valérianate de quinine sont des remèdes qui sont appelés à rendre de grands services dans la pratique. Le valérianate de zinc a été employé sous nos yeux avec avantage dans un cas de névralgie sous-orbitaire du côté gauche, chez un malade de quarante ans, couché au numéro 4 du service de M. Martin Solon, à l'hôpital Beaujon. Ce malade, atteint depuis plusieurs années de cette affection à laquelle il n'alléguait aucune cause positive si ce n'est peut-être un principe rhumatismal, avait employé plusieurs remèdes sans obtenir depuis plusieurs mois d'amendement notable ou soutenu. Cette névralgie était des plus douloureuses, laissait à peine quelques moments de répit dans la journée, troublait constamment le sommeil et s'aggravait toujours à la moindre émotion, au moindre choc physique, ou dès que le malade essayait de parler; alors des douleurs lancinantes des plus vives suivaient toutes les branches du nerf sous-orbitaire, le sus-orbitaire y participait bientôt, des contractions douloureuses ne tardaient pas à se développer dans une grande partie des muscles du côté gauche du visage, la septième paire de ce côté ayant de nombreuses anastomoses avec la cinquième. M. Martin Solon prescrivit d'abord l'extrait de stramoine à la dose graduellement élevée de 15 à 60 centigrammes, en trois fois dans la journée; arrivé à cette haute dose le malade éprouva bien un peu d'assoupissement, mais la névralgie fut à peine amendée. Quelques vertiges empêchèrent d'augmenter la quantité du stupéfiant; l'extrait de valériane porté à la dose d'un gramme en 24 heures le remplaça sans utilité.

Sachant très-bien que la combinaison modifie et change souvent les propriétés des remèdes, M. Martin Solon pensa que l'échec éprouvé par la valériane ne suffisait pas pour éloigner l'usage des valérianates, et prescrivit le valérianate de zinc en pilules de 5 centigrammes, une le matin, à midi et le soir. Les douleurs lancinantes s'amoindrirent d'abord, puis elles s'éloignèrent; la dose du médicament fut graduellement doublée, et les douleurs se dissipèrent entièrement. L'homme sortit quelques jours après, guéri et ne se rappelant pas avoir jamais obtenu un soulagement aussi rapide ni aussi complet.

Le valérianate de zinc allait être également prescrit à un autre malade couché au nº 48 du même service, et repris de névralgie sous-orbitaire dont il avait été guéri d'abord par l'extrait de stramoine à dose stupéfiante. Mais l'existence d'un état saburral engagea M. Martin Solon à prescrire d'abord l'ipécacuanha à dose vomitive. Le résultat de la médication fut aussi favorable à la névralgie sous-orbitaire qu'à

l'affection saburrale, bien que celle-ci ne fût qu'intercurrente et non la cause habituelle de la névralgie.

Épilepsie. On doit, au reste, prendre toute précaution dans l'administration de ces médicaments nouveaux pour ne pas leur attribuer plus d'avantages qu'il ne leur appartient. Voici ce que nous avons observé sur un jeune épileptique chez lequel le valérianate de zinc a été administré.

Ce jeune homme, âgé de quatorze ans, couché au nº 31 de Beaujon, épileptique à la suite d'une frayeur qu'il éprouva à l'âge de six ans, est irritable, d'une intelligence peu développée, et d'une constitution moyenne. Plusieurs remèdes ont été employés sans efficacité; la puberté ne paraît pas encore agir sur le mal. Il arrive parfois que des intervalles de deux mois ont lieu entre les accès; mais le plus souvent ils reviennent une fois au moins par semaine, et durent d'une minute à un quart d'heure. Tel était l'état du malade lors de son entrée à Beaujon. Sur ce que l'on apprit que deux ou trois jours avant les accès le malade ressentait habituellement une douleur dans une cuisse ou dans une autre partie du corps, bien que sans *aura* très-prononcé, on prescrivit le sulfate de quinine à la dose de 45 centigrammes par jour, dès que le malade accusait la douleur indiquée. L'antipériodique parut éloigner et même faire plusieurs fois manquer l'accès épileptique. Mais la maladie reprit ensuite toute son activité. On se proposa d'employer le valérianate de zinc, bien que les essais dussent être faits aux frais du médecin, l'administration n'ayant pas encore jugé utile de donner ordre à la pharmacie centrale des hôpitaux de préparer les valérianates.

Sur ces entrefaites, le malade fit une chute. Une céphalalgie vive et de la fièvre se développèrent. On pratiqua une saignée du bras et l'on ajourna la médication antiépileptique pour juger l'exactitude de l'axiome *febris spasmos solvit*. L'indisposition n'eut point de suite, et le malade fut en effet plus de trois semaines sans avoir d'accès. Ils reprirent ensuite toute leur activité. Un électuaire, bien trituré, composé de 60 centigrammes d'extrait de valériane et de 15 centigrammes d'oxyde de zinc, donné en trois fois dans la journée, fut prescrit, et sa dose graduellement triplée sans aucun effet avantageux. Le valérianate de zinc lui-même, porté à la dose de 15 à 50 centigr., n'eut aucune efficacité. Peut-être que dans ce cas le valérianate de quinine aurait eu plus de succès; ceux qui avaient suivi l'usage du sulfate de cette base donnaient cet espoir. Mais ce médicament ne fut point employé, le malade étant sorti de l'hôpital.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BLENNORRHAGIE (*Du nitrate d'argent en injection dans le traitement abortif de la*). M. le docteur Debeney a publié, il y a plusieurs mois, un mémoire sur le traitement abortif de la blennorrhagie. Nos lecteurs se rappellent, sans doute, le compte-rendu que nous en avons fait, sans toutefois nous porter, en aucune manière, garant de la convenance de la nouvelle méthode thérapeutique et de sa valeur définitive. Nous avons accepté les faits nombreux de guérison cités par l'auteur, nous gardant bien de toute discussion qui fût de nature à les infirmer, convaincu que nous sommes que l'expérience est le seul contrôle auquel on doive en appeler pour juger en dernier ressort une innovation médicale quelconque ; or, voici un médecin placé à la tête d'un établissement spécial de maladies vénériennes, qui vient nous fournir aujourd'hui des résultats en opposition formelle avec ceux qu'avait annoncés M. Debeney ; ce médecin est M. Venot, chirurgien de l'Hospice des Vénériens, à Bordeaux. Mais, avant que de faire connaître le résumé des observations de ce praticien, je rappellerai la statistique de M. Debeney. On pourra ainsi facilement faire la comparaison.

Le chiffre des malades traités par M. Debeney s'élève à 85 : sur ce nombre, divisé en trois catégories, 26 étaient à l'invasion de la blennorrhagie ; 32 de cinq à quinze jours de début ; 27 se trouvaient à une distance de quinze à trente jours et au delà. Aucun accident n'a troublé la médication de M. Debeney dans ces 85 cas, dont 17 ont été perdus par lui (il l'avoue), et deux seulement n'ont pas guéri. Le docteur Venot, dans un travail tout récemment publié, donne avec détail huit observations, et présente un resumé statistique de quatorze autres : total, 22 faits. Chez tous ces malades, l'injection avec le nitrate d'argent fut pratiquée d'après la formule de M. Debeney lui-même, c'est-à-dire, 30 grammes d'eau et 6 décigrammes d'azotate d'argent. Sur les huit malades dont le docteur Venot reproduit l'observation *in extenso*, il ne s'en trouve pas un seul qui n'ait éprouvé des accidents graves à la suite de l'injection, et presque immédiatement après ; ces accidents sont, chez le premier malade, des douleurs atroces remontant le long des cordons spermatiques jusqu'aux lombes, du priapisme, de la dysurie avec ardeur et brûlure dans l'urètre, et cela sans aucun bénéfice ultérieur, car, trente-six heures après, l'écoulement reparaît plus épais et exige un traitement de plusieurs semaines. Chez le second malade, qui avait sa blennorrhagie depuis 8 jours (chez le premier elle était au début), l'injection faite le 25 octobre détermine des phénomènes analogues ; la gonorrhée paraît avoir cessé, mais le pénis est raide, chaud et sensible. Le soir, l'écoulement se reproduisit ; jusqu'au 29, fièvre, agitation, dysurie, ténesme vésical ; urine rare et sanguinolente : on dut copieusement saigner ce malade. Le 29, hémorrhagie urétrale abondante. La guérison ne fut obtenue que plus tard, sous l'influence de la médication habituelle. Le troisième malade de M. Venot éprouva des douleurs semblables, à la suite de l'injection caustique qui supprima l'écoulement. Pendant trois jours, il y eut de la fièvre, et bientôt il fut pris d'une arthrite aiguë qui envahit successivement les articulations des pieds et les genoux. Un traitement antiphlogistique des plus énergiques put seul enrayer la marche de cette grave affection, qui céda à mesure que l'écoulement urétral se rétablit. Nous constaterons encore, à la suite de ces injections caustiques, deux adénites phlegmoneuses, véritables bubons, qui se terminèrent par suppuration ; une ophthalmie blennorrhagique consécutive à la suppression de l'écoulement urétral, et que M. Venot n'hésite pas à qualifier de métastatique. Enfin, le huitième malade offrit un phlegmon de la verge, qui donna lieu à plusieurs abcès tuberculeux développés sur le trajet de l'urètre.

Il nous reste à donner à nos lecteurs, pour qu'ils aient sous les yeux tous les documents propres à fixer leur opinion sur le mode de traitement dont il s'agit, le résumé numérique des 14 autres malades du docteur Venot :

Cas dans lesquels l'injection abor-

tive a déterminé l'orchite aiguë. 5

Cas où deux injections ont été employées, la première ayant été nulle dans ses effets, et la seconde ayant déterminé des posthites et des abcès urétraux.... 4

Cas d'ophthalmie blennorrhagique. 2

Cas d'adénite inflammatoire non suppurée. 2

Cas d'arthrite des deux poignets. 1

Total. . . . 14

La gravité et la fréquence des accidents produits par les injections caustiques chez tous les malades de M. le docteur Venot, sont de nature à rendre très-circonspect dans l'emploi d'un tel agent curatif. En présence de ces fâcheux résultats, avoués avec une franchise qui honore notre confrère, et si diamétralement opposés à ceux qu'a publiés M. Debeney, nous sommes disposés à revenir sur le travail de ce dernier, et à nous demander par quelle fatalité étrange un praticien habile, qui se fait son imitateur scrupuleux, ne trouve que des revers à consigner, là où lui, M. Debeney, n'a pas essuyé un seul échec. Je sais qu'en médecine comme en chirurgie, on rencontre parfois une série de cas heureux, pour un peu plus tard tomber sur une série opposée. Cette explication suffira-t-elle à satisfaire les esprits sérieux? nous ne le pensons pas. Pour nous, qui sommes toujours disposés à donner au rationalisme en médecine la prééminence sur l'empirisme aveugle, nous avouerons notre aversion marquée pour cette tendance qu'ont certains esprits à essayer chaque jour des médications nouvelles et dangereuses pour des états pathologiques dont un traitement, éprouvé par l'expérience et le temps, finit toujours par triompher. Le nitrate d'argent et les caustiques sous toutes les formes ont, aujourd'hui, une réputation exagérée; on se fait un jeu de leur emploi, et on ne tient pas assez compte des accidents formidables qu'ils déterminent souvent. Le travail de M. Venot marquera, nous l'espérons, le commencement d'une ère nouvelle, celle de la réaction contre l'emploi abusif d'un ordre de médicaments qu'on n'hésite plus à diriger même contre les phlegmasies les plus intenses. (*Annales de la Chirurgie franç. et étrang.*, novembre 1844.)

CANCER MAMMAIRE (*Deux cas d'autoplastie pratiquée en vue de prévenir la récidive du*). En présence des résultats vraiment désespérants que donnent la plupart des opérations dirigées contre le cancer, on ne peut qu'encourager les essais tentés dans le but de s'opposer à la récidive de la maladie; l'autoplastie a déjà, depuis plusieurs années, été conseillée et mise en pratique dans cette intention; les faits jusqu'à présent n'ont pas consacré son efficacité, mais ce n'est pas une raison pour y renoncer d'une manière absolue, ainsi l'a pensé le docteur Asson, auteur des deux observations qui suivent. *Obs.* — Anna Chazzotini, âgée de 54 ans, entra le 14 mars 1843 à l'hôpital pour un cancer au sein gauche. Le mal avait commencé deux ans auparavant, à la suite d'une contusion. Un ulcère extrêmement fétide était supporté par un fond très-dur, mais mobile cependant encore sur le grand pectoral. Une zone érysipélateuse entourait l'ulcère. On sentait dans l'aisselle quelques ganglions engorgés; mais comme ils n'étaient pas aussi durs que la tumeur mammaire, et qu'on pouvait d'ailleurs attribuer leur engorgement à l'érysipèle du sein, on ne vit pas dans leur présence une contre-indication à l'opération. La malade, pâle, amaigrie et de couleur jaune, ne présentait néanmoins aucun signe évident de dyscrasie générale.

Le 15 mai, M. Asson emporta la tumeur ainsi que la zone érysipélateuse qui l'entourait. La perte de substance qui succéda à l'opération avait la forme d'un triangle isocèle à base tournée vers le creux axillaire. Il suffit de prolonger en haut et en bas cette base pour avoir deux lambeaux triangulaires qui, convenablement disséqués et ramenés l'un vers l'autre, suffirent à couvrir la plaie. On les maintint en contact avec quelques points de suture.

Les suites furent simples, la malade sortit vers la fin de mai en bon état. Le chirurgien a appris que, un mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

Obs. Maria Santina, âgée de quarante ans, s'aperçut, il y a vingt mois, d'une petite tumeur à la mamelle gauche. Peu à peu elle fut traversée de douleurs lancinantes, puis finit par s'ulcérer. Quand M. Asson la vit, le 27 avril 1843, il existait un ulcère à base squirrheuse, comprenant une

bonne partie de l'épaisseur du grand pectoral. Les ganglions axillaires étaient sains. On ne trouva non plus aucun indice d'infection de la constitution. En conséquence, M. Asson procéda à l'extirpation en faisant quatre incisions qui circonscrivirent entre elles un parallélogramme. Le vide à combler était immense, il fallut prolonger l'incision supérieure et l'inférieure en dedans et en dehors, de manière à former deux petits lambeaux latéraux.

Cependant, ils ne purent pas être mis en contact. Pour remplir l'intervalle qu'ils laissaient entre eux, on imagina de disséquer le bord inférieur de la plaie. Mais cela ne suffit pas encore, et l'on fut obligé de prolonger l'incision externe obliquement en haut vers la clavicule, de manière à détacher un petit lambeau triangulaire qui acheva de couvrir entièrement la plaie.

La plaie se cicatrisa assez rapidement. Quarante jours environ après l'opération, elle était complétement fermée, lorsqu'on s'aperçut de la présence dans l'aisselle d'un ganglion lymphatique engorgé qu'on n'avait pas senti avant l'opération. Croyant qu'il n'était que le résultat d'une inflammation sympathiquement excitée par la plaie du sein, on le traita par les sangsues et les émollients. Mais ces moyens restèrent infructueux, et l'on dut faire l'extirpation de cette tumeur, qui était profondément placée. Une suppuration abondante s'établit dans ce lieu. Une petite portion de la cicatrice du sein se rouvrit, mais plutôt sous forme d'excoriation superficielle que de véritable ulcère. La malade est encore actuellement en traitement.

Pour que les deux observations de notre confrère eussent toute la valeur désirable, il serait nécessaire qu'elles eussent été publiées à une époque beaucoup moins rapprochée de celle de l'opération. En matière d'affection cancéreuse, on ne considère les exemples de guérison comme probants que lorsqu'il s'est écoulé depuis la cicatrisation un temps au moins égal à celui pendant lequel on voit habituellement survenir la récidive dans le lieu de l'opération. Sans cette condition que les auteurs négligent trop en général, trop pressés d'annoncer leur succès, le doute toujours est permis, et en bonne logique chirurgicale il est rationnel. Nous désirons vivement, pour notre part, que M. Asson communique de nouveaux renseignements sur ses malades déjà opérés depuis près de deux ans, et cela dans l'intérêt de l'humanité, si vivement intéressée à savoir la vérité dans cette question éminemment pratique. (*Giorn. per servire ai prog.*; et *Gaz. méd. de Paris*, 1844.

CIRSOCÈLE (*Nouvel instrument pour le traitement du*). La maladie à laquelle le nouvel instrument de M. Pétrequin est destiné ne doit pas être confondue avec le varicocèle : l'auteur a grand soin d'établir une distinction entre ces deux affections; l'une comprenant les veines sous-cutanées du scrotum; l'autre étant exclusivement bornée à celles du cordon spermatique. M. Pétrequin, trouvant que la pince de M. Breschet ne remplissait pas à son avis plusieurs conditions qu'il regarde comme très-importantes pour la cure radicale du cirsocèle, a fait confectionner une pince particulière dont les deux branches sont un peu arquées et unies à l'une de leurs extrémités par un pivot. Leurs mors ont 2 centimètres et demi de longueur sur six millimètres de largeur; ils ont des rainures transversales, comme les pinces à disséquer, mais plus grosses, lesquelles ne sont en contact qu'à l'extrémité de l'instrument et ne se touchent par toute leur surface qu'alors que l'on comprime plus fortement. Les branches sont rapprochées au moyen d'une vis de rappel, située au milieu de leur longueur, de sorte qu'il reste un intervalle libre. On procède à leur application de la manière suivante. Le pénis est relevé; la maladie étant à gauche, par exemple, le chirurgien prend entre les deux mains le cordon testiculaire de ce côté; il isole et rejette à droite le canal déférent, puis l'artère spermatique et les nerfs qu'on sent à travers la peau; il conserve entre les doigts de la main gauche les veines variqueuses, et y fait appliquer exactement les mors de la pince qu'on serre à volonté.

M. Pétrequin a cherché ainsi à éviter la plupart des inconvénients qu'on reproche aux autres procédés. Les mors de la pince étant plus larges détruisent moins vite les téguments qu'avec celle de M. Breschet, et oblitèrent les veines dans une plus grande étendue. De là moins de chances de récidive. Etant moins al-

longés, les mors ne mortifient que les veines variqueuses et leurs téguments, sans sacrifier plus de parties qu'il ne faut comme cela avait lieu; l'espace qui reste libre entre les branches est assez étendu pour que la peau des bourses y soit à l'abri de toute mortification et même de toute compression. Remarquons que la direction parallèle des branches de la pince Breschet peut laisser échapper les vaisseaux quand on comprime, tandis que dans la pince nouvelle les mors, se rencontrant sous un angle très-aigu, empêchent la veine une fois saisie de fuir. L'expérience clinique paraît avoir confirmé l'efficacité de cet instrument dont l'application serait moins douloureuse, au dire de l'auteur, que celle des divers autres moyens précités. (*Journ. des Conn. médic.*, novembre 1844.)

CLAVICULE (*Nouvel appareil pour la fracture de la*). L'objet du travail de M. Scalvanti n'est que de faire connaître une modification apportée au bandage proposé par M. Simonin (voy. t. XXIII, p. 34) pour la fracture de la clavicule. Ce bandage consiste en un bonnet de coton double, auquel on coud deux bandes par leurs extrémités : l'une, d'un côté de l'ouverture du bonnet, et l'autre, sur un point de cette même ouverture diamétralement opposé à la première. Une troisième bande, pliée en deux, est cousue par son plein, près de l'extrémité du mécanisme de cet ingénieux appareil. Le coude du côté malade étant préalablement fléchi, plongez-le jusqu'à l'épaule d'un côté, de l'autre jusqu'à la main, dans ce bonnet, en ayant soin de tourner celui-ci, de manière à ce que l'un des deux premiers rubans soit placé devant l'épaule, l'autre derrière; nouez-les alors sur l'épaule saine, qui aura d'abord été matelassée; serrez enfin autour du corps la troisième bande, en attachant ses deux chefs ensemble, après qu'ils auront embrassé le tronc par quelques circulaires.

Ainsi se trouvent remplies très-simplement les deux principales indications du traitement de cette fracture, qui sont de relever le fragment externe et de le porter en dedans.

Il était visible, cependant, que la seconde indication, par ce moyen, était figurée plutôt que véritablement remplie. Pour y satisfaire plus exactement, M. Scalvanti place sous l'aisselle du côté malade un coussinet fait avec de la filasse. L'interposition de ce corps épais fait que, lorsqu'on applique ensuite le coude contre le côté du tronc, le fragment externe se trouve attiré plus fortement en dehors. Avec cette correction à l'appareil de M. Simonin, il dit avoir guéri, sans aucune difformité, une dame de trente ans, qui s'était fracturé la clavicule droite à la partie moyenne. (*Gaz. médicale*, décemb. 1844.)

CORPS ÉTRANGER *des voies aériennes* (*Expulsion, après neuf mois de séjour, d'un*). Si des corps étrangers ont pu quelquefois séjourner pendant un temps plus ou moins long dans les voies aériennes sans déterminer d'accidents graves, pour ensuite être chassés au dehors d'une manière spontanée, il est vrai de dire que ce sont là des cas d'exception, qui ne peuvent aucunement infirmer le précepte général si judicieusement établi par Louis, de recourir promptement à l'opération, afin d'extraire les corps étrangers dès que leur existence est démontrée. Le fait suivant rentre dans les cas d'exception.

La nommée Marguerite G***, couturière, âgée de cinquante-huit ans, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle, qui n'a jamais fait aucune maladie, se plaint qu'elle fut prise, il y a quatre mois environ, d'une toux violente, accompagnée de suffocation légère. Jamais, avant l'époque qu'elle indique, elle n'avait rien éprouvé de semblable. Cette toux, qui revenait tous les huit ou dix jours, et qui durait chaque fois une ou deux minutes seulement, n'était accompagnée ni de fièvre, ni de crachats, ni d'expulsion de sang. Elle ne gênait en rien aucune des fonctions de la malade, dont l'appétit et l'embonpoint étaient parfaitement conservés. Elle consulta M. Montaudon, plutôt parce que cette toux l'ennuyait, que parce qu'elle altérait sa santé.

Cet habile médecin, négligeant une étiologie que Marguerite ignorait elle-même, examina la poitrine; et, malgré toutes les précautions qu'il prit pour découvrir quelque lésion, soit au moyen de l'auscultation, soit par la percussion, il ne put constater qu'un état parfaitement régulier de la respiration. Aussi porta-t-il un pronostic peu grave, et se

borna-t-il, pour tout traitement, à prescrire un régime adoucissant et quelques boissons gommeuses. Ce régime ne changea en rien ni la nature de la toux, ni son mode de reproduction. Il ne se développa, du reste, aucun nouveau symptôme.

Plusieurs examens des plus attentifs fournirent toujours les mêmes résultats; et alors, considérant la maladie comme une affection nerveuse, il ordonna des antispasmodiques, qui ne produisirent pas plus d'amendement dans les symptômes que ne l'avaient fait les adoucissants. Cette femme, qui se portait parfaitement bien d'ailleurs, cessa tout traitement; et, sans avoir la moindre inquiétude sur l'issue de sa maladie, elle se résigna à conserver la toux, qui avait toujours les mêmes caractères. Il y avait trois mois que M. Montandon n'avait plus revu sa malade, lorsqu'un matin elle l'appela pour lui montrer une pierre qu'elle venait de cracher. En effet, sur son mouchoir, au milieu de quelques mucosités bronchiques, était déposé un petit calcul, du volume et de la forme d'une noisette, d'une couleur jaunâtre, et dont la surface était légèrement rugueuse. En fendant ce calcul, il s'en détacha une écaille qui permit de constater la présence d'un noyau de cerise enveloppé d'une couche calcaire d'une épaisseur de deux millimètres environ. C'est ce noyau de cerise, recouvert encore de la plus grande partie de son enveloppe, que M. Lagemard met sous les yeux de l'Académie: aussitôt après cet examen, cette femme se rappela que c'était, en effet, à l'époque où les cerises étaient mûres, qu'elle avait éprouvé les premiers symptômes de sa maladie. Mais elle assura de nouveau qu'elle n'avait eu aucun accès de suffocation après en avoir mangé. A dater de l'expulsion spontanée de ce corps étranger, la toux et les légers accès de suffocation se sont complétement dissipés et n'ont plus reparu.

M. Mailieurat-Lagemard fait suivre cette observation de considérations pratiques sur les procédés opératoires ordinairement mis en usage dans la bronchotomie. Il fait remarquer que tous les chirurgiens, jusqu'à ce jour, ont fait un pansement à plat à la suite de l'opération, et ont attendu que les efforts du malade opérassent eux-mêmes l'expulsion du corps étranger; or, cette expulsion a souvent eu lieu tardivement, et le lendemain de l'opération, et presque toujours au moment où on écartait les lèvres de la plaie. C'est pour rendre cette expulsion rapide et la favoriser, que M. Lagemard conseille de maintenir la plaie de la trachée ouverte au moyen d'une pince à crochet, qu'il a fait fabriquer à cet effet, et dont il a fait usage avec succès. Cette pince se compose d'une tige en fil de fer tournée en spirale par son milieu, de manière à rendre constamment écartées les deux extrémités, et à les rapprocher à volonté par l'élasticité de ce milieu. Les deux extrémités sont garnies de trois petits crochets pointus recourbés en dehors: ce sont ces crochets qui, implantés sur la face interne de la trachée, écartent seuls et d'une manière permanente les bords de la plaie. On dirige en bas l'extrémité de la pince, qui offre un léger coude au milieu de ses branches, afin de la fixer à un ruban, et même de graduer son écartement à volonté, au moyen d'un fil qui limiterait le degré d'écartement des branches. Ce n'est pas seulement à la suite de la trachéotomie, pratiquée en vue de provoquer l'issue d'un corps étranger des voies aériennes, qui y a été fortuitement introduit, cas dans lequel aucun chirurgien ne songera à y placer une canule, dont l'effet serait de repousser ce corps vers les bronches, que l'auteur fait l'application de sa pince dilatateur. Il s'en est également servi avec avantage chez des enfants atteints du croup, et opérés par lui. Il prétend que l'issue des fausses membranes est rendue ainsi plus facile. C'est un moyen très-ingénieux, et qui nous paraît pouvoir être utilisé en pratique. (*Gazette médicale*, novembre 1844.)

EMPOISONNEMENT *par la matière qui sert à préparer les allumettes chimiques*. La matière qui sert à préparer les allumettes chimiques, dont l'emploi devient si fréquent, peut produire les plus graves accidents, comme le prouve l'observation suivante, publiée par M. Clary, pharmacien à Figeac.

Depuis quelque temps, cette préparation est souvent employée pour détruire les rats. Pour atteindre ce but, les fabricants d'allumettes vendent à tout venant la matière inflammable dont ils se servent, sous forme de pastilles à la goutte, qu'ils

coulent sur du papier. Il en résulte la possibilité d'une méprise fatale, surtout de la part des jeunes enfants.

Un enfant de quinze à dix-huit mois mangea une certaine quantité de pâte phosphorée, placée dans une chambre pour la destruction des rats; peu de temps après, il fut saisi d'atroces douleurs. Les parents n'appelèrent un médecin qu'au bout de deux jours. Quelques heures après une application de sangsues à l'épigastre, l'enfant avait cessé d'exister. L'autopsie fit reconnaître de nombreuses lésions de la membrane interne de l'estomac, et une perforation du côté du pylore. — Dans la seconde observation rapportée par M. Clary, il s'agit d'un enfant plus âgé; il fut rebuté par le mauvais goût de cette composition, aussi l'accident n'eut-il pas de suites.

Il est regrettable que M. Clary n'ait pas été mis à même d'examiner les substances qui ont déterminé la mort de l'enfant; car, puisque autrefois on faisait entrer l'arsenic dans la pâte qui servait à enduire les allumettes chimiques, l'examen chimique de la pâte meurtrière aurait pu apprendre si c'était à cette substance ou à la matière phosphorée qu'il était juste de rapporter l'empoisonnement. (*Journ. de chimie méd.*, novembre 1844.)

ESCHARE GANGRÉNEUSE (*Observations d'*) *envahissant toutes les parties génitales externes, le périnée et les régions supérieures des cuisses.* Tous les praticiens connaissent l'extrême gravité des eschares qui surviennent dans le cours des fièvres de mauvaise nature. Quelquefois il arrive que la maladie principale s'amende et disparaît, et que les malades succombent aux progrès de la gangrène des trochanters ou du sacrum. Aussi est-il de précepte rigoureux de surveiller avec soin, dans toute maladie de longue durée, les parties qui sont le plus exposées à s'excorier par un décubitus prolongé. Voici une observation communiquée par M. Piorry, qui établit l'importance des soins à donner aux malades qui, à la suite des affections graves, succombent souvent aux désordres causés par des accidents locaux, résultant d'un décubitus prolongé ou de la mortification de régions qui se trouvent forcément en contact avec les matières fécales et les urines. L'importance de ce fait, la fréquence des accidents semblables et l'heureuse influence du traitement habile suivi par M. Piorry, nous engagent à publier cette observation avec tous les détails donnés par l'auteur.

Une jeune femme avait une diarrhée des plus abondantes; les selles étaient presque continuelles et involontaires. La malade était plongée dans une adynamie profonde; elle semblait donc déjà, en raison de l'extrême gravité des phénomènes typhoïdes, vouée à une mort presque certaine; mais elle devait échapper à ce premier danger pour en courir un plus grave encore. Les selles étaient si fréquentes que les personnes préposées au service de cette malade ne pouvaient suffire à l'entretenir en état de propreté. Elle allait presque constamment sous elle, sans en avoir conscience; de sorte que la région sacrée, le pourtour de l'anus, des parties génitales, les cuisses et le bassin étaient sans cesse baignés par des matières d'une fétidité extrême.

Un pareil état de choses ne tarda pas à produire les résultats que l'on avait lieu de craindre. Le séjour des matières fécales et des résidus putrides de la sécrétion intestinale sur la peau et la muqueuse des parties génitales, donna bientôt lieu à des eschares étendues et profondes qui envahirent successivement une partie de la région sacrée, le coccyx, le pourtour de l'anus, la partie interne et supérieure des cuisses, les grandes et les petites lèvres, le clitoris et une portion même des parois vaginales.

Cependant, on ne pouvait pas abandonner cette malheureuse malade dans un état aussi critique, sans tenter quelque chance de la soustraire aux conséquences presque inévitablement fatales d'un pareil désordre. Voici les moyens auxquels M. Piorry eut recours : il recommanda d'abord l'observation rigoureuse des plus grands soins de propreté autour de la malade; des lavages fréquents et à grande eau, pour empêcher le séjour des matières fécales et putrides sur les parties. Se rappelant que la créosote jouit à un certain degré de la propriété de tanner et de conserver les tissus organiques, il prescrivit de faire des applications de linges trempés d'eau fortement créosotée, et de saupou-

drer toutes ces parties de poudres absorbantes de quinquina et de charbon. Enfin, à ces moyens locaux, il faut ajouter l'usage d'une légère alimentation appropriée aux forces digestives de la malade, et d'un peu de vin généreux comme tonique.

Bien que M. Piorry ne fondât qu'un très-faible espoir sur les résultats de cet ensemble de moyens, il veilla néanmoins à ce qu'ils fussent strictement mis en usage, pensant que s'il était encore possible d'enrayer les progrès du mal, il n'y avait guère que de semblables moyens qui pussent produire ce résultat. Et voici sur quelles considérations M. Piorry se fondait. Le danger de pareils accidents est beaucoup moins dans la mortification et même dans la séparation des parties mortifiées, que dans la résorption des matières putrides en contact avec les surfaces dénudées. Des faits nombreux prouvent effectivement que cette résorption est une des causes les plus fréquentes de mort dans les fièvres graves. Nous avons vu un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, avait une vaste eschare envahissant tout le sacrum, le coccyx et une portion de l'os iles iles. A l'aide de lotions fréquemment répétées et de l'application de poudres absorbantes, on était parvenu à conjurer tous les accidents et à soutenir le malade au point de croire qu'il allait entrer en convalescence. Son état général était notablement amendé, lorsqu'un jour l'élève chargé du pansement produisit par mégarde une déchirure dans une des parties de la plaie qui commençait à se cicatriser. Il se manifesta aussitôt des symptômes de résorption terribles. Le malade eut plus de trente selles dans la journée suivante, et il succomba rapidement.

N'est-il pas évident que si l'on parvient à prévenir cette résorption, à tarir en quelque sorte la source de ce nouveau foyer d'infection, en enlevant les matières putrides à mesure qu'elles se forment ou se déposent sur la surface de la plaie, et en modifiant cette surface de manière à la rendre impropre à l'absorption, on aura de grandes chances de prolonger les jours des malades? C'est ce que l'expérience a déjà sanctionné et ce qu'elle vient de sanctionner de la manière la plus frappante dans le fait dont nous allons continuer l'histoire.

Pendant plusieurs jours, la mortification continua à faire des progrès. Cependant on ne crut pas devoir se relâcher de la rigoureuse observation des moyens prescrits, et cette louable persévérance ne tarda pas à trouver sa récompense. Malgré l'énorme étendue de l'eschare, l'état général de la malade, loin d'empirer, ainsi qu'on avait quelque sujet de le craindre, semblait au contraire s'amender notablement.

Les selles n'étaient plus aussi abondantes; le pouls se maintenait; les forces semblaient même s'accroître d'une manière sensible, les aliments étaient bien supportés. L'administration des toniques prescrite concurremment avec les moyens locaux, n'était sans doute pas étrangère à ce résultat. Enfin, malgré les progrès incessants de la gangrène, il ne s'était manifesté encore aucun autre symptôme de résorption.

Encouragé par ce premier résultat, on insista plus que jamais. L'on ne fut pas longtemps à voir la gangrène se limiter et le travail d'élimination commencer à s'effectuer, sous l'amélioration toujours croissante de l'état général. Les mêmes soins locaux à l'aide desquels on était parvenu jusqu'à ce jour à prévenir la résorption des matières putrides, furent continués pour s'opposer à la résorption du pus : pansements fréquents, lavages répétés, applications de poudres absorbantes, etc. ; de plus, il y avait à surveiller le travail de cicatrisation et à prévenir des adhérences vicieuses, ce que l'on fit en maintenant une sonde à demeure dans le canal de l'urètre et des mèches dans le vagin.

Pour abréger ce récit, il nous suffira de dire que le travail d'élimination et de cicatrisation marcha promptement avec la plus grande régularité possible, et qu'au bout de deux mois environ, la malade sortit de l'hôpital entièrement guérie, et n'ayant d'autres traces de l'affreuse affection à laquelle elle venait d'échapper, qu'une large cicatrice aux parties génitales externes et dans leur pourtour, mais sans destruction ni altération d'un organe important. (*Gaz. des Hôpitaux*, décembre 1844.)

ESTHIOMÈNE (*Observation d'*) *scrofuleux grave guéri par l'huile de foie de morue.* M. Gibert a soumis à l'examen de l'Académie de médecine une observation intéressante, dont voici les principaux

détails : Clarisse *** est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 31 août 1840. Pendant sa première enfance, elle a eu quelques glandes au cou. Ces engorgements ont disparu vers l'âge de quatre à cinq ans, et, jusqu'à quatorze ans, sa santé a été très-bonne. A cette époque, il s'est développé dans le nez un bouton, qui a acquis en peu de temps un volume assez considérable; il a fini par s'abcéder, et s'est ouvert à l'extérieur. Une tuméfaction considérable a envahi successivement les lèvres et les joues; de la suppuration s'est établie dans ces régions, et comme cela avait eu lieu par le nez, des ulcérations s'y sont formées, et ne se sont pas cicatrisées. Les gencives sont devenues fongueuses et ulcérées.

La malade a été d'abord confiée aux soins de M. Lugol, qui l'a soumise à un traitement iodure énergique, qui a été continué pendant deux ans sans succès. Les ulcérations se sont étendues, et ont fini par gaguer la presque totalité du visage.

La malade a cessé tous les remèdes, et est allée vivre à la campagne pendant deux ans. L'affection du visage a persisté avec la même intensité; les ulcérations ont gagné en profondeur et en largeur; le nez a été complétement detruit. Au cou, sous la mâchoire, s'est manifestée une dartre rongeante tuberculeuse sèche. Vers l'âge de dix-huit ans, les os de la jointure de la main se sont tuméfiés, il s'est formé des abcès dans différents points, qui sont restés fistuleux et ont eu pour résultat ultérieur de déterminer l'ankylose et la deformation du pied droit.

A l'âge de dix-neuf ans, la malade est entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert, d'où elle n'est plus sortie jusqu'à parfaite guérison. L'antrakokali à l'intérieur et à l'extérieur sembla d'abord améliorer son état. On eut ensuite recours à l'iode pendant six mois et demi; sous son influence la maladie empira. Pendant dix-neuf mois ensuite, la malade fit usage du sirop de deuto-iodure et de la pommade au proto-iodure de mercure. Durant cet espace de temps, on a pratiqué une cautérisation des surfaces ulcérées avec le nitrate d'argent, et trois autres avec le nitrate acide de mercure. Il en est résulté une amélioration très-marquée; mais pendant l'hiver qui a suivi, toutes les surfaces déjà cicatrisées se sont ulcérées de nouveau.

Au mois de juin 1842, la malade a commencé à prendre de l'huile de foie de morue, et elle a continué jusqu'à ce jour, en la supprimant, toutefois, pour quelques jours, de temps à autre, à cause des nausées que ce remède provoquait. On a fait concourir avec ce médicament les topiques suivants : douches de vapeur, pommade au proto-iodure, huile de foie de morue en frictions. Ces moyens, sagement administrés, ont amené une cicatrisation qui semble devoir être définitive. Le nez, réduit à sa base osseuse et laissant voir la cloison des fosses nasales, est terminé par une cicatrice blanche. Le visage est sillonné de cicatrices blanches, souples et sans tuméfaction, ainsi que le cou. Une cicatrice enfoncée et adhérente a remplacé l'ouverture fistuleuse qui existait à la pommette droite. De même au poignet, demi-luxé et demi-ankylosé, des cicatrices blanches, enfoncées, adhérentes, ont terminé la suppuration, qui se faisait jour par plusieurs orifices fistuleux. La santé générale est excellente, et toutes les fonctions se font bien.

L'huile de foie de morue n'a été donnée qu'à une dose modérée, chaque jour 45 grammes, dont 30 en boisson, et 15 grammes en onctions matin et soir sur le visage. (*Revue médicale*, octobre 1844.)

FOLIE DES IVROGNES (*Sur les symptômes et le traitement de la*). Le professeur Fossati a appelé l'attention des médecins, au dernier congrès scientifique de Milan, sur l'existence d'une maladie spéciale des ivrognes, différente du *delirium tremens*, et dont l'effet et le symptôme principal sont une tendance morbide vers les liqueurs enivrantes, plus forte que la volonté du malade. Il indique les auteurs auxquels ce symptôme n'a pas échappé, et donne ensuite une description détaillée des phénomènes qui caractérisent la maladie. Indépendamment du trouble qui existe dans les fonctions organiques, il existe surtout des modifications très-marquées dans les facultés intellectuelles et morales. Le caractère devient bilieux, atrabilaire; l'âme est abattue, avilie et dans un état de contradiction perpétuelle, qui la fait passer presque simultané-

ment de la jactance à la prostration de l'amour-propre. La sûreté et l'agilité des mouvements musculaires est affaiblie ; le corps est enclin à l'inertie ; la sensibilité est émoussée autant au physique qu'au moral ; les sens sont hallucinés et malades ; la mémoire, le jugement, l'attention sont affaiblis ; la volonté n'a plus qu'un but et devient l'humble instrument de l'impulsion morbide vers la fatale boisson. Il ne saurait classer autrement cette maladie que parmi les aliénations mentales et, comme Esquirol, parmi les monomanies, tant à cause du siége de la maladie, qu'à cause de ses alternatives de calme et de délire, et aussi parce que le malade, dans ce dernier état, devient dangereux à lui-même et à autrui. En conséquence, il propose un traitement psycho-thérapeutique, comme pour les fous, basé principalement sur la privation totale et coercitive des liqueurs alcooliques. On essayerait de joindre à ce moyen l'usage du fer, qui est regardé par l'auteur comme propre à guérir cette tendance morbide vers les boissons enivrantes. Il cite trois cas très-récents de guérison obtenue par les moyens suivants : séquestration du malade, privation totale des liqueurs alcooliques et traitement antiphlogistique. L'auteur termine par cette remarque importante : « Ce serait une noble mission, utile à l'humanité et conforme au but des congrès scientifiques, que de proclamer ouvertement l'existence du mal et son empire sur la volonté du malade, et l'efficacité présumable de la privation coercitive comme élément principal du traitement. » *Gaz. méd. de Paris*, novembre 1844.

HERNIES ÉTRANGLÉES (*Traitement sans opération des*). La thérapeutique des hernies étranglées s'est singulièrement simplifiée entre les mains de M. Buccheister. Ce praticien, après avoir pendant longtemps pratiqué la herniotomie, y a complétement renoncé depuis cinq ans, bien que dans ce laps de temps il ait été appelé pour trente-sept cas d'étranglements herniaires. Chez tous les sujets, à l'exception d'un seul où il ne fut mandé que cinq heures avant la mort, les hernies ont pu être réduites sans qu'il ait été besoin de recourir à l'instrument tranchant. Le moyen qu'emploie M. Buccheister est fort connu ; c'est la belladone en lavement, d'après la formule suivante :

Prenez :

Racine de belladone. .	30 centigr.
Feuilles de belladone. .	30 centigr.
Eau commune.	180 gram.

Faire bouillir jusqu'à réduction de moitié, et passer avec expression.

Si au bout de quelques heures après l'administration de ce lavement il ne se manifeste pas de narcotisme, on en donne un second semblable au premier ; et dans le cas où celui-ci n'agirait pas mieux, on en fait prendre un troisième, pour lequel la dose de la racine et des feuilles doit être portée à 50 centigrammes chaque. Chez les sujets jeunes et robustes, lorsque les douleurs sont considérables, il convient de commencer par une saignée. Tout le temps que dure l'étranglement, M. Buccheister se dispense de prescrire des moyens internes, parce qu'il les a toujours vus, dans ce cas, agir défavorablement plutôt qu'avantageusement. A l'extérieur, il emploie des applications de glace. Plusieurs fois, il a vu les lavements de belladone donner lieu à des accidents très-prononcés d'empoisonnement ; mais toujours les malades s'en sont tirés heureusement, bien qu'il ait été presque constamment impossible de recourir à l'emploi d'antidotes appropriés. Après la cessation de l'étranglement, on n'a plus ordinairement qu'à faire administrer des lavements huileux. Suivant M. Buccheister, c'est un véritable non-sens de faire prendre du calomel pendant et après l'existence de l'étranglement ; car il ne survient presque jamais d'entérite, si on ne maltraite pas la muqueuse de l'intestin. Les purgatifs salins excitent souvent un état subinflammatoire, et ne conviennent que dans les cas d'anciennes hernies qui n'ont été étranglées que peu de temps. Si, après la réduction de la hernie, le ventre reste un peu douloureux, on ne doit faire prendre au malade que de l'eau froide ; on fait en outre recouvrir le ventre de cataplasmes chauds, et administrer toutes les quatre heures un lavement d'huile d'amandes douces amené à une chaleur convenable. Si le lendemain la pointe de la langue devient rougeâtre, le front un peu chaud, le pouls petit et accéléré, la soif vive, on doit redouter une inflammation que l'on peut toutefois conjurer dans le plus grand nombre des cas par l'administration

de petites doses de calomel (huit à seize milligrammes quatre fois par jour), et par la continuation de l'usage de l'eau froide à l'intérieur; mais si les phénomènes inflammatoires augmentent, on doit employer les émissions sanguines d'une manière énergique. Après la réduction de la hernie, le malade ne doit quitter le lit que lorsqu'il est muni d'un bandage bien convenable. (*Gazette des hôpitaux*, novembre 1844, et *Zeitschrift fuer Gesammte medicin.*)

—Nos lecteurs comprendront qu'en leur soumettant les idées thérapeutiques de notre confrère allemand sur la cure des hernies étranglées, nous n'avons nullement entendu nous porter garants de l'efficacité de la méthode qu'il préconise; notre but a été seulement de la faire connaître, afin que l'expérience puisse la soumettre à son critérium, et décider ainsi de sa valeur.

HERNIES INGUINALES (*Nouveau moyen d'oblitérer le sac dans les*). M. Jobert de Lamballe a depuis longtemps déjà, mais récemment encore, mis en pratique, pour la cure radicale des hernies, un procédé sur lequel il convient d'appeler l'attention des praticiens. Ce chirurgien commence par refouler les intestins ou l'épiploon dans la cavité abdominale, et les maintient ainsi contenus; puis il enfonce une, deux ou trois épingles, selon l'étendue du trajet de la hernie, au travers de la peau, du sac et des vaisseaux du cordon, de manière à comprendre au-devant de l'épingle une épaisseur assez grande de tissus, au milieu desquels tout ou partie du sac se trouve intéressé : il applique alors une suture entortillée sur chaque épingle; il serre modérément, et laisse celle-ci à demeure huit à neuf jours, jusqu'à ce que la peau soit légèrement excoriée. A cette époque, une couche épaisse de lymphe plastique a eu le temps de se déposer et de s'organiser, et une adhérence solide a pu s'établir d'une part entre les deux faces opposées internes du sac, et entre celui-ci et le cordon. On conçoit que les intestins se trouvent alors maintenus au-dessus de ce nouvel obstacle. Mais M. Jobert aide encore à ce résultat en faisant, après l'opération, porter pendant quelques mois un bandage contentif; il obtient ainsi par le secours de l'art ce que la nature produit quelquefois dans les hernies anciennes et maintenues pendant longtemps par une compression soutenue et bien disposée. Dans ces cas, en effet, on a trouvé une assez grande partie de la portion inférieure du sac complétement oblitérée. M. Jobert a eu l'idée de reproduire cet effet donné par la nature, et il a réussi. Déjà chez plusieurs malades la guérison a été obtenue, soit dans les hernies congénitales, soit dans les déplacements acquis, et rien ne fait présumer le retour de l'affection. L'intérêt pratique qui s'attache à la nouvelle opération proposée par M. Jobert nous a engagé à reproduire textuellement cette note que ce chirurgien a communiqué à la *Gazette des Hôpitaux;* l'importance du fait qu'elle signale fera regretter que l'auteur du procédé n'ait pas publié *in extenso* les exemples de guérisons qu'il dit avoir obtenues : nous ne doutons pas, pour notre part, de la réalité de ces succès, la bonne foi chirurgicale de M. Jobert nous est trop connue; mais en dehors de la question de moralité, il en est une autre purement anatomique et chirurgicale qui ne peut être résolue que par l'appréciation des faits et l'analyse des détails opératoires qu'ils renferment. Enfin, pour que le procédé de M. Jobert trouve des imitateurs, il importe qu'il soit bien compris, et il ne peut servir d'enseignement et de règle qu'à cette condition. (*Gaz. des Hôp.*, novembre 1844.)

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE (*Exemple de*) *survenue pendant le sommeil.* Pour expliquer d'une manière satisfaisante la production de la luxation scapulo-humérale dont nous reproduisons l'historique d'après l'auteur lui-même, M. le docteur Gely, il nous paraît indispensable d'admettre, soit dans l'articulation elle-même, soit dans les muscles péri-articulaires, et peut-être dans ces diverses parties à la fois, une disposition anatomique ou physiologique que nous regrettons de n'avoir pas trouvée suffisamment indiquée dans l'observation qu'on va lire, et qui d'ailleurs est bien digne d'intérêt. M. P...., avocat, âgé de vingt-trois ans, grand, mince, d'une constitution sèche mais débile, jouit habituellement d'une bonne santé, et n'a jamais été atteint d'affection qui puisse expliquer l'accident qu'il vient de présenter. Dans la nuit du 21 oc-

tobre, il se réveilla avec une douleur dans l'épaule droite, et une impossibilité presque absolue de mouvoir le bras. Le malade soupçonna de suite qu'il s'était luxé l'épaule en dormant, parce qu'un semblable accident lui était arrivé à l'épaule opposée quelques années auparavant pendant un voyage. Le docteur M..., appelé près de lui, reconnut facilement une luxation en avant, et envoya chercher un confrère, M. le docteur L..., qui diagnostiqua la luxation humérale. La réduction fut tentée avec le secours de quelques voisins, d'abord par le procédé de Mothes, ensuite par le procédé de Desault; mais ces tentatives demeurèrent infructueuses. Je fus alors appelé par mes confrères à quatre heures du matin. Il me fut facile de me convaincre de la réalité de la luxation. Le deltoïde était aplati: sa flaccidité permettait, pour ainsi dire, d'arriver jusque dans la cavité glénoïde. L'humérus était dévié, le coude écarté du corps et porté un peu en arrière. L'extrémité supérieure de l'os était au contraire dirigée vers l'angle antérieur de l'aisselle. On ne parvenait à toucher la tête qu'en portant profondément le doigt dans l'aisselle et en relevant le coude. On voyait d'une manière assez sensible le relief formé par la tête dans la région sous-claviculaire. Les mouvements imprimés à l'humérus étaient communiqués à cette tumeur. Un craquement se faisait entendre dans certains mouvements; il n'y avait aucun doute possible sur la nature de l'accident, et la luxation paraissait être sous-claviculaire. Des tentatives de réduction furent recommencées d'abord par le procédé d'élévation, ensuite par l'ancien procédé. Elles demeurèrent sans succès. La tête descendait cependant sous l'empire de ces efforts, mais elle remontait aussitôt. On put constater que, pendant l'extension, le deltoïde restait mou et comme paralysé. Le grand dorsal, et surtout le grand rond étaient au contraire fortement tendus. Le grand pectoral l'était aussi. Une dernière tentative fut faite avec beaucoup de méthode et en fixant la contre-extension à un point solide, un des aides étant employé à l'extension. Celle-ci se fit d'abord de haut en bas, et l'on éleva graduellement le bras à mesure que la tête descendait. Enfin, le coude fut porté rapidement en haut et en avant. Aucun bruit ne s'était fait entendre; cependant la luxation se trouva réduite, et les phénomènes indiqués ci-dessus entièrement dissipés. (*Ann. de la Chir. franç. et étrang.*, novembre 1844.)

PNEUMO-THORAX *dans l'enfance* (*Traitement du*). Les considérations suivantes ont été recueillies dans la clinique de M. Jadelot. La thérapeutique des pneumo-thorax est réduite à un bien petit nombre de ressources. Dans le plus grand nombre des cas, le médecin assiste, spectateur impuissant, à la marche de la maladie et aux désordres qu'elle produit dans l'appareil respiratoire. Dans quelques cas exceptionnels, le praticien peut sinon guérir, du moins soulager le malade. On peut ranger dans l'ordre suivant les trois indications à remplir dans le traitement du pneumo-thorax : diminuer la douleur, diminuer la congestion pulmonaire, l'embarras de la circulation; diminuer la dyspnée. Cette dernière indication participe de la première; ensuite par elle-même, comme elle est surtout le résultat de la compression du poumon, elle exige que cette compression soit diminuée.

La douleur, quand elle existe, tient à l'inflammation de la plèvre occasionnée par la rupture de cette membrane dans le pneumo-thorax avec perforation; les moyens thérapeutiques sont assez peu efficaces le plus souvent, parce qu'il existe une cause de phlegmon matérielle et permanente. Ils sont les mêmes que ceux que l'on emploie dans toutes les pleurésies. Lorsque l'enfant est fort, on pourra essayer quelques émissions sanguines locales, les cataplasmes émollients, les topiques laudanisés, les narcotiques à l'intérieur : les vésicatoires volants, les sinapismes *loco dolenti*, pourront être quelquefois employés avec avantage.

L'indication qui a pour but de diminuer la congestion et l'embarras de la circulation ne nous occupera point ici, ne s'appliquant guère qu'au pneumo-thorax traumatique. En général, chez les jeunes sujets, on devra éviter les médications débilitantes dans le traitement de l'affection qui nous occupe, car c'est dans la prolongation de la maladie que le praticien doit placer son espoir; et toutes les causes qui auraient pour résultat d'enlever à la constitution

une partie de son énergie, contribueraient à accélérer la terminaison funeste. Les préparations d'opium et la belladone, qui diminuent le besoin de respirer, l'agitation et la toux, paraissent être à peu près les seules qui puissent exercer une influence favorable sur la maladie.

Quant à la compression produite par l'épanchement gazeux, on ne pourrait la diminuer qu'en facilitant la sortie du gaz épanché dans la plèvre. Cette opération, toujours très-grave, ne devra être faite que dans le cas où l'enfant, en assez bon état d'ailleurs, est en proie à une suffocation imminente. Par cette évacuation artificielle, on obtiendra un soulagement momentané, on prolongera la vie, et à la rigueur il n'est pas impossible que la guérison s'ensuive si le poumon n'est pas atteint de lésions incurables. Lorsqu'il existe une perforation, on ne peut espérer de l'opération qu'un soulagement momentané; si elle manque, le malade peut guérir. Quant aux craintes que l'on pourrait concevoir de l'opération qui aurait pour but de provoquer la sortie de l'air, pourquoi, dans des cas de cette espèce, inspirerait-elle par elle-même plus de craintes dans le pneumo-thorax que dans la pleurésie chronique? et l'on sait que dans cette dernière affection, M. Trousseau, dans ces derniers temps, a obtenu des succès authentiques de son emploi.) *Gaz. des Hôp.*, novembre 1844.)

POLYDIPSIE *(Cas remarquable de)*. Nous ne croyons pas qu'il existe dans la science un fait analogue à celui que vient de publier M. le docteur Fallot, de Namur, c'est-à-dire de polydipsie ou plutôt d'*hyperdipsie* réellement idiopathique et ne se liant, du moins en apparence, à aucune cause organique appréciable. Dans les cas connus jusqu'ici, la soif excessive pouvait être rapportée à quelque altération évidente d'un organe important, ce qui, d'ailleurs, a été toujours démontré par l'autopsie. Dans le cas actuel, au contraire, le malade est affecté de polydipsie depuis une série d'années, et n'offre aucun indice de phlegmasie.

Un soldat du ... régiment fut renvoyé à notre contre-visite, dit M. Fallot; il était proposé pour la réforme pour cause de diabètès. Il nous rapporta être âgé de vingt-neuf ans, et porter son infirmité depuis sa plus tendre jeunesse. Souvent, étant enfant, il avait été battu par son père, et maltraité par ses frères pour avoir pissé involontairement la nuit sur eux. Savetier de profession, il n'avait pu rester chez aucun maître à cause de la nécessité où il était sans cesse de quitter son ouvrage pour aller boire et lâcher de l'eau. Exerçant son métier à Paris, où il gagnait une très-petite journée, il s'était vu forcé d'en retrancher encore une grande partie pour s'acheter de l'eau. Il a fait à pied un pèlerinage en Pistoie (Italie), et plusieurs fois, pendant son voyage, quand il était loin d'une habitation où il pût se procurer de l'eau, la soif devenait tellement impérieuse, qu'il buvait ses urines avec délice. Il ne se rappelle avoir eu qu'une seule maladie, savoir un crachement de sang, il y a environ un an. C'est par misère, et dans l'impossibilité de se procurer de l'ouvrage, qu'il s'est engagé comme volontaire.

A son entrée, le 20 juillet dernier, nous remarquons que sa constitution générale est bonne, son teint coloré, ses muscles bien développés, son embonpoint convenable, sa peau, quoique sèche, n'est ni rugueuse ni aride. Ces circonstances me parurent incompatibles avec l'existence d'un diabètès ancien. Comment une pareille maladie, consomptive de sa nature, aurait-elle pu exister longtemps sans altérer profondément la constitution? Je me décidai à retenir le malade en observation pendant quelques jours, afin de m'assurer de la vérité de ses dires; et, pour éviter la possibilité de toute supercherie, je le fis séparer provisoirement de ses camarades. Sa boisson lui était apportée sous la surveillance du médecin de garde, chaque fois qu'il en témoignait le besoin; les urines étaient recueillies et mises de côté au fur et à mesure de leur évacuation. Or, voici ce qui fut constaté: l'appétit est bon, mais loin d'être excessif, puisqu'il suffisait des trois quarts de la portion de l'hôpital pour le satisfaire; la muqueuse buccopharyngienne a sa couleur et son humidité naturelles; le pouls est calme, d'une force médiocre, régulier, égal; la respiration facile, les digestions complètes; la salive et le peu de sueur qui s'amasse sous l'aisselle sont acides, le sommeil profond et prolongé; la nuit, le malade ne boit pas. La quantité moyenne des liquides *pris*

en boisson (on n'a pas mesuré celle qui faisait partie de la nourriture) pendant 24 heures est de 24 litres; celle des urines, d'environ 25 litres. En sortant, celles-ci sont limpides, claires comme de l'eau, inodores, ne rougissant pas les couleurs bleues végétales, et ne ramenant pas au bleu celles qui ont été rougies par un acide; par leur exposition à l'air, elles contractent, en peu d'instants, une odeur de moisi excessivement repoussante, et présentent la réaction acide; leur quantité et leur nature ne subissent aucune influence du passage d'une alimentation féculente à la nourriture animale et *vice versâ*; leur densité est de 1,008; traitées avec de la levûre, et mises dans les conditions propres à exciter la fermentation alcoolique, elles n'en présentent aucun indice. En ne considérant que la petite quantité d'urée obtenue chaque fois de deux litres d'urine, on aurait été conduit à conclure que cette substance y était en défaut; mais, en la multipliant par celle de la totalité des urines, on voit que cette diminution n'est que relative, et que la quantité absolue équivaut amplement à celle des urines normales. Les recherches faites après l'acide hippurique, ont démontré qu'il n'en existait pas.

Pour s'assurer de la composition du sang, on a opéré une saignée exploratrice de 6 onces. 1000 parties de sang ont présenté :

Fibrine	0,002
Globules	0,146
Eau	0,795
Matériaux solides	0,057
	1,000

Après 22 jours d'observation, nous lui avons accordé sa sortie, en le jugeant impropre à tout service militaire, par la raison que le besoin continuel de boire et d'uriner ne peut se concilier avec les exigences du service d'un soldat. Aucune médication n'a été employée pendant son séjour ici, non-seulement parce que l'ancienneté de cet état maladif excluait dans ma pensée la possibilité d'une guérison et me semblait en avoir fait, en quelque sorte, un état normal, mais encore parce que je n'aurais su où appuyer mes indications curatrices; car, à l'exception de la polydipsie et de la diurèse correspondante, je n'ai pu découvrir aucun trouble fonctionnel. (*Journal de Méd. de Bruxelles*, nov. 1844.)

RATE (*De l'action du sulfate de quinine sur la*). Il y a deux ou trois ans, M. Piorry annonça au monde médical un fait assurément fort extraordinaire, et qui demandait, pour inspirer quelque créance, la moralité scientifique bien connue de l'honorable professeur. Il disait que le sulfate de quinine, dissous dans quelques gouttes d'acide sulfurique, et pris à la dose de 1 gramme ou de 50 centigrammes, exerce sur la rate une action si rapide, qu'il suffit de *quarante secondes* pour obtenir une diminution considérable du volume de cet organe. Il va sans dire que c'est au moyen de la percussion que M. Piorry constatait le phénomène. M. Gourand, singulièrement frappé de ces résultats, dont, d'ailleurs, il avait été témoin, a voulu les vérifier lui-même dans un service de l'Hôtel-Dieu, dont il avait été momentanément chargé. Voici le résultat de ses observations, tel qu'il vient de l'adresser sous forme de lettre à M. le professeur Piorry. Nous le laisserons parler lui-même :

« Je suis d'accord avec vous sur le fait : — si on administre le sulfate de quinine dissous à un malade dont l'hypocondre gauche est occupé par une rate volumineuse et rend un son mat, — oui, il suffit de quarante secondes, et même de moins de temps, pour que cette région acquière une sonorité très-marquée : de sorte que la première pensée qui vient à l'esprit, c'est que la rate a considérablement diminué de volume..... Je me demandai si c'était la rate qui diminuait, ou l'estomac, dans sa portion splénique, qui se gonflait subitement par un développement gazeux. Je fis mettre, dans la même quantité d'eau distillée, quelques gouttes d'acide sulfurique, *sans sulfate de quinine*; le résultat fut le même qu'avec le sulfate de quinine : disparition de la matité splénique. Je répétai l'expérience avec l'eau distillée seule, avec la limonade, avec l'eau vineuse, avec la tisane commune; toujours même résultat qu'avec le sulfate de quinine dissous : disparition de la matité splénique.

« D'où il était clair, et il reste clair aujourd'hui pour moi, qu'il suffit de l'ingestion d'une très-petite quantité de liquide pour produire dans l'estomac un développement gazeux assez considérable, et pour donner presque immédiatement, en quarante secondes et moins, au moyen

de la percussion, dans la région splénique, une sonorité marquée et quelquefois même tympanique. Voulez-vous vous en assurer? Aidez la percussion de l'auscultation : appliquez l'oreille sur la matité gastro-splénique. Au moment où le malade avale une gorgée d'eau, vous serez frappé, comme moi, du bruit considérable, du *glou-glou* sonore produit par cette gorgée d'eau tombant dans un estomac vide, et vous expliquerez naturellement la grande sonorité acquise presque immédiatement par cette même région gastro-splénique.....

« Qu'est-ce à dire? que le sulfate de quinine n'a jamais, sur la rate hypertrophiée, l'action immédiate que vous avez signalée? Je ne voudrais pas m'exprimer ainsi, quoique jusqu'ici je n'aie pas encore constaté cette action en quarante secondes. Mais je suis en droit de conclure : 1° que cette action, en quarante secondes, n'est pas constante, qu'elle n'est pas ordinaire, qu'elle est même rare, si elle existe ; 2° que, dans les expériences que vous avez présentées, vous n'avez pas tenu compte d'un phénomène qui complique la question. Vos faits sont vrais : la matité disparaît. L'explication en est fausse : la disparition de la matité ne tient pas à la diminution du volume de la rate. »

M. Piorry n'a pas encore répondu à cette lettre fort curieuse, assurément, de M. Gourand, qui met en question un fait qui passait pour irrévocable à la clinique de l'Hôpital de la Pitié. Si une discussion s'engage à ce sujet, ce qui est probable, nous en présenterons les résultats à nos lecteurs. (*Journal des Conn. méd. et chirurg.*, déc. 1844.)

RHINOPLASTIE (*Observation de*). Parmi les faits assez rares de rhinoplastie qui ont été publiés dans ces dernières années, le suivant nous a paru sous plusieurs rapports devoir contribuer à fixer la valeur de cette opération ; nos lecteurs en jugeront : Madeleine Sieffer, âgée de vingt-sept ans, fut atteinte, à l'âge de dix ans, d'un lupus qui détruisit l'aile gauche du nez, l'extrémité de cet organe et une petite portion de son côté droit; les points correspondants de la joue et de la lèvre supérieure furent également détruits : il en résulta une grave difformité qui rendait cette jeune fille un objet de moquerie et de dégoût. Aucun des médecins qu'elle consulta ne consentit à entreprendre de restaurer les portions détruites. M. Sedillot, auquel elle s'adressa en dernier lieu, ne désespéra pas d'améliorer sa position : pour cela il eut recours à la méthode indienne ; il sépara des parties voisines une portion de peau propre à reconstituer l'organe et à faire disparaître la difformité. Cette opération fut exécutée le 6 juillet 1843 ; une première incision de la joue, continuée supérieurement avec l'avivement nasal, fut prolongée transversalement en arrière jusqu'au milieu du masséter. Une seconde incision contournant l'extrémité postérieure du lambeau fut étendue au-devant de la première jusqu'au point normal où devait surgir le bord intérieur de l'aile du nez, et l'on eut le soin de donner au pédicule taillé dans le tissu inodulaire de l'ancienne ulcération une certaine épaisseur pour prévenir tout danger de mortification. Le lambeau formé, étroit à son extrémité postérieure, plus large à sa partie moyenne, représentait un ovale allongé, doublé d'une légère couche de tissu cellulaire, et après l'avoir laissé saigner pendant quelques minutes, on le joignit par son bord inférieur au contour supérieur de la perte de substance, précédemment avivé, et la réunion fut maintenue au moyen de la suture entortillée, qui servit également à fermer la plaie de la joue. Le chirurgien eût pu essayer de reployer la peau sur elle-même à l'intérieur de la narine comme on en a donné le précepte ; mais cette conduite, parfaitement rationnelle dans le cas où l'on veut éviter l'adhérence des deux surfaces traumatiques, n'était pas indiquée chez ce malade ; la face interne et saignante du lambeau se trouvant mise en rapport avec une membrane muqueuse, et ne pouvant y adhérer. Le seul accident qui survint fut la mortification de la languette de peau étendue au côté droit du nez. Après la chute de l'eschare, on procéda à un nouvel avivement, et on réunit au moyen de deux points de suture entortillée. Au quinzième jour de l'opération, les plaies étaient cicatrisées, et l'on pouvait juger des premiers résultats obtenus : la forme régulière du nez était obtenue, mais la partie reformée de toute pièce était trop épaisse et offrait un excès de hauteur. La con-

missure gauche des lèvres était légèrement déviée par la cicatrice de la joue, et il restait un peu de raideur dans les mouvements de la face. Voulant laisser aux tissus le temps de se conformer à leur nouvelle position, M. Sedillot renvoya la malade chez elle et procéda, au mois de décembre suivant, à une opération de perfectionnement qui d'avance avait été annoncée devoir être nécessaire. Les cicatrices alors étaient complètement linéaires, avaient blanchi; la bouche était plus droite; l'aile du nez, encore un peu trop volumineuse, était doublée à l'intérieur d'une surface muqueuse; une légère échancrure s'observait à l'extrémité de l'organe, elle était due à la mortification de la pointe du lambeau. L'opérateur enleva les portions excédantes de l'aile du nez en les incisant en bas et en dedans avec des ciseaux courbes et le bistouri, et ayant avivé en V la petite échancrure antérieure, il la réunit par un point de suture au dessous de l'extrémité du cartilage de la cloison. La pointe du nez redevint ainsi très-régulière, et la perte d'une partie de la cloison sous-nasale fut presque entièrement dissimulée. Néanmoins, comme l'aile du nez du côté droit présentait une saillie de quelques millimètres sur son bord inférieur, M. Sedillot enleva d'un coup de ciseau cette saillie disparate, et le nez se trouva très-exactement reconstitué.—Cette observation est suivie de quelques propositions générales qui, au point de vue de la pratique, résument utilement l'opinion de l'auteur sur l'opportunité et la valeur de l'opération dont il s'agit. Voici ces propositions : 1° On ne saurait attendre aucun résultat avantageux des opérations de rhinoplastie dans le cas où les os du nez, le cartilage de la cloison et les téguments ont été détruits en totalité. 2° Les conditions les plus heureuses sont celles où les parties latérales de l'organe ont été partiellement détruites dans une plus ou moins grande étendue. 3° La méthode indienne, dans laquelle on emprunte un lambeau à la joue, est la plus avantageuse quand l'aile du nez manque entièrement, et l'on parvient, par le procédé qui a été exposé, à reproduire et la saillie d'origine de l'aile du nez, et la dépression latérale qu'on y observe. 4° Les téguments empruntés à la joue doivent présenter des dimensions supérieures à la perte de substance, dans la prévision d'accidents de mortification. On prévient cette complication en se bornant à une demi-torsion du pédicule du lambeau, dont un des côtés doit se continuer sans interruption avec l'avivement du bord supérieur de la perte de substance. 5° Dans aucun cas on ne saurait promettre aux malades de les guérir entièrement par une seule opération. On doit se réserver une période de perfectionnement, et les résultats définitifs ne sont appréciables que dans un temps assez éloigné. (*Annales de la chir. fr. et étrang.*, novembre 1844.)

VARIÉTÉS.

Séance annuelle de l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine a tenu le 17 décembre dernier sa séance annuelle, sous la présidence de M. Caventou. M. Dubois, d'Amiens, secrétaire annuel, a lu un discours sur les progrès récents de la médecine comparés à ceux de la chirurgie. Après ce discours, les prix suivants ont été décernés :

Prix de l'Académie. — Un encouragement de 600 fr. à MM. H. de Castelnau et Ducrest, et une médaille de 300 fr. à M. le docteur Alquié, agrégé à la Faculté de Montpellier.

Prix Bernard de Civrieux. — Un prix de 1,500 fr. à M. Bail-

larger, médecin de la Salpêtrière, et un encouragement de 500 fr. à M. Michea, médecin à Paris.

Après l'annonce des prix pour l'année 1846, dont nous ferons connaître les questions dans le prochain numéro, M. Pariset est appelé à la tribune pour prononcer l'éloge d'Esquirol. Nous ne pouvons résister au plaisir de donner à nos lecteurs un ou deux fragments de cet admirable éloge. Est-il rien de noble, de touchant comme ce début?

« C'est d'un maître, c'est d'un ami, c'est de mon cher Esquirol, que j'aurai aujourd'hui le douloureux honneur de vous entretenir ; et si, dès le début de ce discours, je laisse éclater ma tendre vénération pour sa mémoire, c'est qu'une secrète voix me répond que j'ai des intelligences dans vos cœurs, et que mes paroles ne sont que l'expression de vos propres sentiments. Qui de vous, en effet, a pu connaître Esquirol sans l'aimer? Qui de vous n'a cent fois admiré la finesse et la solidité de son esprit, l'élévation et la loyauté de son caractère, les soins paternels qu'il prenait de ses élèves, l'art qu'il mettait à développer leurs talents, la pitié qui l'animait pour la souffrance et le malheur? Et si vous avez été dans les secrets de sa bienfaisance, dites-nous si dans les actes d'une vertu si touchante il mettait une ombre d'ostentation, et s'il se prescrivait des limites? Sa générosité donnait sans réserve. Homme excellent, dont les actions et les ouvrages ont honoré la France, et qui, pour nous rendre le sentiment de sa perte, dirai-je plus doux, dirai-je plus amer, nous a laissé dans son souvenir comme une leçon perpétuelle de droiture, de modération, de désintéressement et de bonté.

« Jean-Etienne-Dominique Esquirol naquit à Toulouse, le 3 février 1772... Le jeune Esquirol se destinait à l'Eglise. Ses premières études achevées au collége de l'Esquille, ses parents le firent recevoir au séminaire de Saint-Sulpice, à Issy, pour qu'il y fît ce qu'on appelait sa philosophie. Une irruption révolutionnaire le chassa de ce saint asile et le fit retourner à Toulouse, où il s'occupa de médecine... Là, Gardeil et Alexis Larrey étaient à la tête de la médecine et de la chirurgie; Gardeil, à qui la traduction d'Hippocrate et les récits de Diderot ont fait une si étrange renommée; Larrey, oncle de Jean-Dominique Larrey, que nous venons de perdre, et qui devait un jour faire tant d'honneur à la France. A l'hôpital, Jean-Dominique était aide-major; et dans une école fondée par son oncle, il était professeur. C'est sous de tels maîtres, c'est avec de tels condisciples qu'Esquirol étudiait l'anatomie, la physiologie, la pathologie interne et externe et la médecine opératoire.

« ..... Muni d'une commission d'officier de santé pour l'armée des

Pyrénées-Orientales, Esquirol se rendit à Narbonne. Il y passa deux années. Barthez y faisait la grande pratique ; il vit Esquirol et le voulut pour secrétaire. Mais le fougueux Barthez avait souvent contre ses secrétaires les mêmes emportements que le prince de Conti contre les siens. Ce que fit Molière avec le prince, Esquirol le fit avec Barthez : il n'accepta point, il eut peur ; mais il eut une autre sorte de courage. Vous savez quel était l'esprit de ces temps malheureux. La férocité des réformateurs couvrait la France de tribunaux qui ne respiraient que le sang. Narbonne avait le sien, et ce tribunal était en permanence. Un avocat, le seul à peu près qu'on y voulût souffrir, plaidait en mauvais vers pour les prévenus, et les prévenus étaient condamnés. Révolté de cet odieux mélange de ridicule et de barbarie, Esquirol s'écria d'une voix émue : « Je saurais mieux défendre l'innocence ! » Des femmes l'entendirent. Le mari de l'une d'elles allait être mis en cause. Elle conjure en pleurs Esquirol de parler pour ce malheureux. Esquirol consent. Le voilà devant le tribunal. Inspiré par la justice et la pitié, Esquirol fait entendre cette fois un langage si incisif, si touchant et si nouveau pour les juges surpris et charmés, que le prétendu coupable est absous. Triomphe d'Orphée qui fléchit des tigres ! C'est que les premiers avocats du monde sont le sentiment et la raison... »

« ...A cette époque florissaient à Paris deux cliniques qui se partageaient les élèves : la clinique de la Salpêtrière et celle de la Charité. Le chef de la première était Pinel ; le chef de la seconde était Corvisart ; deux hommes très-différents de caractère et d'esprit, mais qui s'accordaient sur un point capital, celui de faire respecter, tout ensemble, et leurs personnes et leur profession, par des témoignages éclatants et publics d'une estime réciproque. Ce qui les élevait au-dessus de leur amour-propre, c'était la fermeté de leur raison, aussi bien que leur générosité naturelle, et peut-être encore le secret sentiment que chacun d'eux manquait de ce que possédait l'autre. Chose étrange, en effet ! on eût dit que Pinel, formé à Montpellier, l'avait été à Paris, et que, formé à Paris, Corvisart l'avait été à Montpellier : tous deux également supérieurs ; mais le premier devant plus au travail et à l'art ; le second devant plus à la nature ; à cette nature, à cet instinct qui sait sans avoir appris, selon la parole d'Hippocrate ; ou qui, par la justesse et la rapidité de ses conceptions, semble se ressouvenir, selon la parole de Platon. Quoi qu'il en soit, Esquirol, engagé dans l'école de Pinel, devint bientôt l'élève favori du maître. Ce fut lui qui rédigea le traité de *Médecine clinique*, dont la seconde édition parut en 1804... J'ajoute que Pinel enseignait ce que ne pouvait enseigner Corvisart. La Salpêtrière, comme l'hospice de Bicêtre, était affectée au traitement d'un genre de

maladies qu'on ne voyait que transitoirement, ou plutôt qu'on ne voyait jamais à la Charité, je veux parler des maladies mentales; et c'est à l'étude de ces étonnantes maladies qu'Esquirol s'attacha de préférence. Un tel choix serait, j'ose le dire, une leçon pour les philosophes qui se proposent de pénétrer profondément dans la nature de l'homme. Sous les tranquilles apparences de la raison, dans le paisible cours des actes qui la caractérisent, l'observateur saisirait mal les secrets ressorts dont le jeu régulier la prépare, la forme, l'affermit, l'entretient. C'est quand ces ressorts se brisent, c'est quand ce jeu se déconcerte, en un mot, c'est dans les ruines de l'esprit que se découvrent sensiblement l'origine, l'enchaînement, la dépendance étroite et mutuelle de nos sentiments, de nos perceptions, de nos idées, de nos souvenirs, de nos jugements, de nos raisonnements, de nos volontés, de nos actions, c'est-à-dire de cette suite merveilleuse d'inventions et d'arts que met au jour l'inépuisable industrie de notre entendement; c'est là, c'est dans ces débris que sont cachés les éléments essentiels de la science de l'homme, et, par une conséquence nécessaire, les vrais principes de l'éducation, ceux des lois civiles et criminelles, et, je n'hésite point à le dire, ceux même du gouvernement. Triste condition de l'homme! il ne connaît son excellence que par ses infirmités! et, pour apprendre quel est le prix de ses plus nobles attributs, intelligence et liberté, il faut qu'il en perde l'usage! il faut que le maître de la terre ne soit plus le maître de lui-même! »

Nomination des internes des hôpitaux. — Le concours pour l'internat, terminé le 21 décembre, a eu pour résultat les nominations suivantes, *Internes:* MM. Duclos, Vauthier, Laillier, Hanrot, Boussy, Monod, Maquet, Bernard, Robert, Rosée, Gobelet, Boyer, Morvan (Augustin), Pages, Castex, Dagincourt, Debauvais, Lebleu, Faneau, Chapelle, Lanier, Fricault, Hervieux, Legrand, Lamaëstre, Bleu, Faure, Causis, Chapsal, Laffilet, Ponce, Broca, Allamand. — *Internes provisoires* : MM. Vigues, Moulin, Aubert, Boutin-Deslaurier, Molin, Chalier, Osanam, Guogué, Paléologne, Lamare, Brière, Halgrain, Nouffert, Labat, Morvan (Ch.), Ravel, Beclerc, Faton, Bouteillier, Tourée.

— M. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. Soquet, médecin du même hôpital, viennent d'obtenir une médaille d'or dans un concours académique ouvert par la Société de médecine de Bordeaux, sur les maladies des os.

—Le prix de 300 fr., proposé par la même Société, sur l'*angine de poitrine*, a été décerné à notre collègue et ami, M. le docteur A. Lartigue, rédacteur en chef de l'*Encyclographie médicale.*

FIN DU TOME VINGT-SEPTIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

DU VINGT-SEPTIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.



W.

Y.

Z.

FIN DE LA TABLE DU VINGT-SEPTIÈME VOLUME.

